

Universidade do Minho
Instituto de Educação

Rita Catarina Ribeiro Sampaio

**Cuidar de quem cuida:
uma necessidade atual**

Rita Catarina Ribeiro Sampaio **Cuidar de quem cuida: uma necessidade atual**

UMinho | 2016

abril de 2016



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Rita Catarina Ribeiro Sampaio

**Cuidar de quem cuida:
uma necessidade atual**

Relatório de Estágio
Mestrado em Educação
Área de Especialização em Educação de Adultos
e Intervenção Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor José Carlos de Oliveira Casulo

Agradecimentos

É importante valorizar quem nos apoiou e ajudou nesta longa caminhada.

Assim, quero agradecer aos cuidadores informais pela cooperação, pela amizade que criamos ao longo destes nove meses e pelas aprendizagens. Sem eles este projeto não seria concretizável. O meu especial obrigada a todos. Estarão sempre no meu coração.

Quero agradecer ao meu orientador, Prof. José Carlos Casulo, pela orientação e dedicação a este estágio e relatório.

À minha mãe, com um especial carinho, pela força e apoio que sempre ofereceu ao longo deste percurso académico. Sem o seu apoio seria difícil concluir esta caminhada.

À acompanhante de estágio, Dr.^a Filipa, por todas as aprendizagens e vivências, por acreditar nas minhas capacidades e por ser um exemplo a seguir.

Ao Padre Sérgio, por ter permitido alargar os meus horizontes e dar asas à minha imaginação.

Às ajudantes (Nídia, Susana, Teresa, Rosa, Olga) e à Clara pelo companheirismo, acessibilidade e por todas os conhecimentos transmitidos.

Aos colaboradores deste projeto, por toda a dedicação e colaboração, dando destaque à Prof. Doutora Clara Costa Oliveira e à Prof. Doutora Esperança do Gago Alves. Foram fundamentais neste projeto.

Para terminar, mas não menos importante, quero agradecer ao Valdo, à Eugénia, à Alice, à Mariana e aos restantes amigos, pelo apoio incondicional e companheirismo ao longo desta etapa. Obrigada, também, por compreenderem as ausências. Cada um tem um cantinho especial no meu coração.

A todos, o meu sincero e eterno obrigada!

Dedico este relatório a todos vós, tendo em conta que todos deram o seu contributo para que este trabalho fosse possível.

Cuidar de quem cuida: uma necessidade atual

Rita Catarina Ribeiro Sampaio

Relatório de Estágio

Mestrado em Educação – Educação de Adultos e Intervenção Comunitária

Universidade do Minho

2016

Resumo

A missão de um educador é dar o impulso para a concretização de mudanças, é dar luz a quem está apagado pela/na sociedade, promovendo sempre a autonomia do indivíduo.

Este projeto abraçou uma temática pouco abordada e pouco reconhecida na sociedade. Estamos a falar dos cuidadores informais de pessoas dependentes.

Torna-se importante olharmos para estes cidadãos com um olhar crítico, reflexivo e de preocupação. É essencial que os olhares deixem de estar centrados apenas na pessoa dependente, abrangendo os horizontes até ao ser que cuida.

Consideramos necessário analisar esta realidade, acompanhá-la e investigá-la a nível de necessidade, interesses e motivações. Tendo em conta a informação recolhida, e inspirados na investigação-ação participativa, partimos para a intervenção. Esta foi guiada com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, bem como de facilitar as tarefas diárias realizadas por esse mesmo público. Para tal, recorreremos à utilização de métodos e técnicas de intervenção, possuindo como base teórica a educação permanente, dando destaque à educação de adultos, na perspetiva de uma educação para a saúde.

Foi um projeto que respondeu positivamente às expectativas do público-alvo, cumpriu com os objetivos a que se tinha proposto e obteve impacto positivo na população interveniente.

Palavras-chave: Cuidadores Informais; educação de adultos; intervenção comunitária.

Care giving the caregivers: a current need

Rita Catarina Ribeiro Sampaio

Professional Practice Report

Master in Education – Adult Education and Community Intervention

University of Minho

2016

Abstract

The mission of an educator is to provide the impulse for the accomplishment of changes; it is to provide light for those who are unlit by/in the society, always promoting the autonomy of the individual.

This project has embraced a subject with little consideration and little recognition in society. One is referring to informal caregivers of dependent people.

It becomes important to look to these citizens with a critical, reflective and caring look. It is essential the looks stop being focused just on the dependent person, covering the horizons until the person who is the caregiver.

One considers important to analyze this reality, to follow and investigate it at the level of necessity, interests and motivations. Taking into account all the information gathered, and inspired on the participative investigation-action, one moves on towards the intervention. The intervention was led with the intention of improving the quality of life of the caregivers, as well as to make easier the daily chores performed by that same community. For this, one has used the usage of methods and techniques of intervention, having as theoretical basis the permanent education, highlighting the education of adults, in the perspective of an education for health.

It was a project which has met positively to the expectations of the target-audience, it has complied with the goals it had set itself and had a positive impact on the intervening population.

Key-Words: Informal Caregivers; education of adults; community intervention

Índices

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índices	ix
Índice de gráficos	xii
Índice de tabelas	xii
Índice de tabelas de apêndices	xii
Índice de siglas/ abreviaturas	xii
Introdução.....	1
Capítulo I.....	3
Enquadramento contextual de estágio.....	3
1. Integração na instituição de estágio.....	3
2. Caracterização da comunidade de S. Victor e da instituição.	5
2.1. Breve caracterização de S. Victor e da sua comunidade.	5
2.2. Caracterização da instituição de estágio.....	5
3. Caracterização do público-alvo.....	8
4. Diagnóstico de necessidades, motivações e interesse	13
5. Problemática da Intervenção	17
Capítulo II.....	19
Enquadramento teórico da problemática de estágio.....	19
1. Apresentação de outras experiências e/ou investigações sobre o tema	19
2. Exploração das correntes teóricas.....	22
2.1. Envelhecimento demográfico	22
2.2. A pessoa dependente	26
2.3. O cuidador informal.....	32
2.4. Educação permanente.....	36
2.5. Educação para a saúde.	39
3. Identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de intervenção/investigação	42
Capítulo III.....	43

Enquadramento metodológico de estágio	43
1. Objetivos investigação/ intervenção	43
1.1. Objetivos gerais da investigação	43
1.2. Objetivos específicos da investigação	44
1.3. Objetivos gerais da intervenção	44
1.4. Objetivos específicos da intervenção	44
2. Metodologia de investigação/intervenção.....	45
2.1. Paradigma de investigação/intervenção.....	45
2.2. Metodologia de investigação/intervenção.....	46
2.3. Métodos e técnicas de investigação	48
2.4. Métodos e técnicas de educação/formação.....	54
3. Recursos mobilizados e limitações do processo	55
3.1. Recursos mobilizadores.....	55
3.2. Limitação do processo	55
4. Métodos de avaliação.....	56
Capítulo IV.....	59
Apresentação e discussão do processo de intervenção	59
1. Apresentação do trabalho de investigação/intervenção desenvolvido em articulação com os objetivos definidos	59
2. Descrição das atividades desenvolvidas	62
2.1. Atividades realizadas	63
2.2. Atividades não realizadas.....	73
2.3. Atividades extraplano	74
3. Evidenciação dos resultados obtidos.....	75
Considerações Finais.....	81
1. Análise crítica dos resultados e das implicações dos mesmos	81
2. Evidenciação do impacto do projeto.....	82
2.1. A nível pessoal e profissional	82
2.2. A nível institucional	83
2.3. A nível de conhecimento na área de especialização	84
Bibliografia referenciada	87
Infografia	91

Apêndices	93
Apêndice 1: Mapa do concelho de Braga	93
Apêndice 2: Mapa da freguesia de S. Victor	94
Apêndice 3: Inquérito por questionário.....	95
Apêndice 4: Linhas orientadoras da entrevista exploratória.....	101
Apêndice 5: apresentação dos resultados da entrevista exploratória	102
Apêndice 6: Guião orientador da narrativa autobiográfica	107
Apêndice 7: Apresentação dos resultados da narrativa autobiográfica.....	108
Apêndice 8: inquérito por questionário da avaliação de acompanhamento.....	113
Apêndice 9: Apresentação dos resultados do inquérito da avaliação de acompanhamento .	115
Apêndice 10: Guia para o cuidador	126
Apêndice 11: Inquérito por questionário da avaliação final.....	152
Apêndice 12: Apresentação dos resultados da avaliação final	154
Apêndice 13: Entrevista à acompanhante de estágio.....	157
Anexos	159
Anexo I – Declaração da instituição.....	159

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Género dos cuidadores.....	8
Gráfico 2 – Idade dos cuidadores	8
Gráfico 3 – Grau de parentesco do cuidador para com o dependente.....	9
Gráfico 4 – habilitações literárias dos cuidadores.....	9
Gráfico 5 – Há quantos anos prestam cuidados?.....	10
Gráfico 6 – Possibilidade de ausência da habitação.....	11
Gráfico 7 – Género dos dependentes.....	11
Gráfico 9 – Grau de dependência.....	12
Gráfico 10 – População jovem em 2012.....	24
Gráfico 11 – Pirâmide etária, Portugal, 2008 e 2013.....	24
Gráfico 12 – Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa.....	25
Gráfico 13 – Índice de dependência de jovens e idosos, Portugal.....	28
Gráfico 14 - Índice de dependência de jovens e idosos, NUTS III.....	28
Gráfico 15 – Índice de dependência de idosos, EU.....	29
Gráfico 16 – Sente que está mais informado acerca de como cuidar?.....	76
Gráfico 17 – Qual a atividade que mais gostou?.....	77
Gráfico 18 – Enquanto cuidador, sentiu-se acompanhado durante a realização deste projeto?...	78

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição percentual da população residente, por grupo etário.....	23
Tabela 2 – Cronograma.....	59
Tabela 3 – Temáticas.....	62

Índice de tabelas de apêndices

Tabela 1 – Entrevista exploratória.....	102
Tabela 2 – Narrativa autobiográfica.....	108

Índice de siglas/ abreviaturas

AAD - Ajudantes de Ação Direta

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CATL - Centro de Atividades e Tempos Livres

CONFINTEA – Conferências Internacionais de Educação de Adultos

CSPSV - Centro Social da Paróquia de S. Victor

DGS - Direção-Geral da Saúde

DGSSS - Direção-Geral da Solidariedade e Segurança Social

IAP - Investigação-Ação Participativa

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

MSTS – Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

UE – União Europeia

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

Introdução

O projeto “cuidar de quem cuida: uma necessidade atual” foi realizado no âmbito do Mestrado em educação, área de especialização em Educação de adultos e Intervenção Comunitária, inserido na vertente de estágio curricular, com a duração de um ano letivo, pertencente ao segundo ano do mesmo mestrado.

A instituição que foi palco deste estágio e que serviu de base para a criação e implementação deste projeto foi o Centro Social da Paróquia de S. Victor (CSPSV), sediado na freguesia de S. Victor, a maior freguesia da cidade de Braga.

Este projeto destinou-se a seis cuidadores informais, que cuidam de pessoas dependentes e que solicitaram os serviços prestados pelo CSPSV.

Ser cuidador é dedicar a sua vida ao outro, é ser responsável por ele, pelo seu bem-estar e pela realização das atividades básicas da sua vida diária. Ser cuidador, em muitos casos, significa deixar o emprego e as atividades sociais, para se dedicar à pessoa que está a seu cargo. Cuidar é uma tarefa, fisicamente e emocionalmente, exigente e árdua, que requer paciência, tolerância e transporta consigo grande responsabilidade. É uma realidade que está fechada dentro de quatro paredes e afunilada numa só pessoa. Um sofrimento abafado pela dor da pessoa dependente. O cuidador é uma pessoa que executa a sua tarefa vinte e quatro horas por dia, ao longo dos sete dias da semana, sem usufruir de fins-de-semana, férias e feriados.

Atualmente, cada vez existem mais cuidadores informais de pessoas dependentes, devido ao aumento da esperança média de vida. Mas, e infelizmente para grande parte da população, viver mais anos não significa viver com qualidade, na medida em que a velhice vem acompanhada de problemas de saúde, que condicionam a qualidade de vida e a autonomia do ser humano.

A questão fulcral deste projeto é a seguinte: será que os cuidadores têm preparação para assumirem esta tarefa e acompanhamento profissional, para nela se conseguirem manter ao longo de vários anos, sem prejudicarem a sua saúde, física e mental, e a sua relação com os outros?

Foi esta questão que nos trouxe até este projeto e foram as respostas que nos guiaram para a planificação e implementação do mesmo. Como tal, o presente projeto tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, bem como o de facilitar as tarefas diárias realizadas por este mesmo público.

Ao longo do projeto implementaram-se várias atividades que foram ao encontro dos objetivos estabelecidos e que responderam às necessidades e interesses deste público-alvo. Para a concretização de algumas destas atividades, foi necessário realizar parcerias que enriqueceram esta iniciativa.

Como vemos, este é um projeto em que se estudou a realidade dos cuidadores informais de pessoas dependentes e, inspirado na investigação-ação participativa, interveio no sentido de potenciar mudanças positivas.

Para melhor compreender todo o trabalho realizado, este relatório encontra-se estruturado em capítulos.

O primeiro designa-se por “Enquadramento contextual do estágio”. Nele caracterizamos a instituição, que foi palco deste estágio, e o público-alvo. Relevamos a integração na instituição, apresentamos as necessidades, motivações e interesses dos cuidadores informais e abordamos a problemática, a finalidade e os objetivos da intervenção.

No segundo capítulo, denominado de “Enquadramento teórico da problemática de estágio”, são apresentadas algumas investigações/intervenções no âmbito do tema dos cuidadores informais de pessoas dependentes, bem como são abordadas algumas conceções teóricas (envelhecimento demográfico, a pessoa dependente, o cuidador informal, educação permanente e a educação para a saúde). Finalizando com a identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de intervenção/investigação.

O terceiro capítulo, intitulado de “Enquadramento metodológico”, apresenta os objetivos gerais e específicos da investigação e intervenção, fundamenta a metodologia utilizada tanto para a investigação como para a intervenção (paradigma, metodologia, métodos e técnicas). Também são abordados os recursos mobilizadores (humanos, físicos e financeiros) e as limitações do processo.

No que diz respeito ao capítulo quatro: “Apresentação e discussão do processo de intervenção”, é dado destaque à descrição das atividades desenvolvidas e aos resultados das mesmas.

Finalizamos o relatório com as “Considerações finais”. Esta é a parte do relatório em que realizamos a análise crítica dos resultados e das implicações dos mesmos, bem como evidenciamos o impacto do projeto (a nível pessoal, institucional e a nível de conhecimentos da área de especialização).

Seguem-se a bibliografia, apêndices e anexos.

Capítulo I

Enquadramento contextual de estágio

Neste capítulo pretendemos caracterizar a instituição, que foi palco deste estágio, relevando a integração na instituição, bem como o público-alvo. Apresentamos as necessidades, motivações e interesses do público-alvo e abordamos a problemática, a finalidade e os objetivos da intervenção.

1. Integração na instituição de estágio

O segundo ano letivo do Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, da Universidade do Minho, é destinado à realização de um estágio curricular numa instituição.

O estágio é, normalmente, a primeira oportunidade que o aluno tem para integrar uma equipa de trabalho, dentro da sua área de formação, mostrando e testando conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso académico. Mas, para que isto aconteça é necessário que as instituições estejam recetivas a novas ideias e a novos elementos na sua equipa de trabalho.

A instituição selecionada para a realização do estágio foi o Centro Social da Paróquia de S. Victor (CSPSV). Optamos por esta instituição por estar a solicitar a colaboração de um estagiário, licenciado em educação, para integrar a sua equipa de trabalho, com o objetivo de presentear a instituição com um projeto inovador.

O desafio foi aceite e numa reunião, em inícios do mês de junho de 2014, com a diretora técnica do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Dr^a Ana Filipa Mota, foram abordados os aspetos do funcionamento, dos objetivos a que se propõe e das necessidades da instituição. Falou-se também dos nossos interesses, bem como o que se pretende com o estágio curricular. Na última parte da reunião dialogamos sobre o nosso currículo profissional.

Após esta conversa, e posteriormente obtido o necessário aval institucional por parte da Universidade do Minho, ficou definido que iríamos realizar o estágio nesta instituição e que a Dr^a Ana Filipa Mota seria a nossa acompanhante de estágio.

Iniciamos o estágio em setembro de 2014 e a integração na instituição aconteceu de forma gradual. O estágio começou um pouco mais cedo que o previsto, não só porque queríamos

ter mais tempo para a fase da descoberta da instituição e todos os seus clientes, mas também para, no caso de termos de faltar por algum imprevisto, não afetar o nosso tempo de trabalho.

Os primeiros dias foram destinados à descoberta do SAD e do seu funcionamento, dos seus valores, missão e de todo o trabalho já desenvolvido na resposta social em que se inseriu o estágio.

Inicialmente, tivemos a oportunidade de acompanhar e observar a Acompanhante de estágio, bem como as Ajudantes de Ação Direta (AAD), no seu trabalho, o que permitiu aquisição de novos conhecimentos, bem como a perceção de todo o funcionamento do SAD.

Nesta fase, aprendemos a fazer o acolhimento a novos clientes, como planear e organizar todo o trabalho das AAD, como organizar os processos dos clientes e como planear e realizar visitas domiciliárias. Tivemos também a oportunidade de, presenciando o trabalho das AAD, aprender quais os materiais e técnicas a utilizar na realização de posicionamentos, transferências, higiene pessoais, entre outros.

Posteriormente, começaram a surgir as primeiras ideias para o projeto. Primeiramente pensamos em integrar um projeto que estava delineado pela instituição, mas que nunca tinha sido colocado em prática. Era um projeto destinado a idosos ativos, residentes na freguesia de S. Victor, que não sabiam como ocupar os seus dias de forma útil e prestável na sociedade. No entanto, como não surgiram inscrições suficientes, o projeto não avançou e surgiu a necessidade de pensar noutro público.

Durante este período de tempo, surgiu a oportunidade de acompanharmos a Dr.^a Ana Filipa Mota ao II Fórum Social de Instituições da Terceira Idade do Concelho de Braga, realizado no Hospital de Braga. Aqui, em conversa com técnicas de outras instituições, surgiu a questão dos cuidadores de pessoas dependentes e a necessidade de fazer algo por estes. Também já a Dr.^a Ana Filipa Mota tinha abordado a pertinência em fazer-se algo por esta população.

Após refletirmos sobre estas conversas, falamos com a acompanhante de estágio, que concordou com o tema e mostrou muito agrado em saber que algo seria feito pelos cuidadores informais de pessoas dependentes. Posteriormente, falamos com o orientador de estágio que em nada se opôs à ideia, mas mostrou alguma preocupação quanto à exequibilidade do projeto. Para que esta preocupação fosse ultrapassada, o docente marcou uma reunião connosco e com a acompanhante de estágio, na qual conseguimos responder a todas as preocupações demonstradas.

Seguidamente, falamos com o Presidente do Centro Social da Paróquia de S. Victor, que mostrou muito agrado pela escolha do tema e deu todo o seu apoio para este projeto.

A partir deste momento, a intervenção sustentou-se em torno do tema do projeto.

2. Caracterização da comunidade de S. Victor e da instituição.

2.1. Breve caracterização de S. Victor e da sua comunidade.

A freguesia de S. Victor situa-se no concelho e distrito de Braga (ver apêndices 1 e 2), possui uma área de cinco Km² e vinte e nove mil seiscentos e quarenta e dois habitantes¹. É uma freguesia muito conhecida pelo seu património, destacando-se a Igreja Paroquial, reedificada no séc. XVII, e o valioso Complexo Monumental das Sete Fontes, acolhendo no seu seio um triplo conjunto de interesse incalculável em monumentalidade, ambiente e a água, elementos preciosos do passado e para o futuro de toda a população.

Dos vinte e nove mil seiscentos e quarenta e dois habitantes, quatro mil novecentos e quarenta e um estão em idade jovem (0-14), vinte e um mil e sessenta e oito estão em idade ativa (15-64) e três mil seiscentos e trinta e três em idade idosa (a partir dos 65).²

2.2. Caracterização da instituição de estágio

Segundo o INE³, a freguesia de S. Victor é a mais populosa do concelho de Braga. Como tal, é necessário que haja uma preocupação em responder às necessidades desta população. O Centro Social da Paróquia de S. Victor foi criado com o objetivo de apoiar a comunidade. Para o efeito, implementou-se uma creche, onde se acolhem crianças até aos três anos de idade, um centro de atividades de tempos livres (CATL), que é utilizado pelas crianças e jovens, com o intuito de realizarem atividades de estudo e atividades lúdico-pedagógicas e o serviço de apoio domiciliário, que consiste na prestação de cuidados a indivíduos que, por motivo de doença ou outro impedimento, não conseguem assegurar a satisfação das necessidades básicas da sua vida diária. Todos estes serviços funcionam em horário laboral.

¹ Consultado em 16 de setembro de 2015. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&contexto=bd&selTab=tab.

² Consultado em 16 de setembro de 2015. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006348&contexto=bd&selTab=tab2.

³ Consultado em 17 de setembro de 2015. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006348&contexto=bd&selTab=tab.

O Centro Social da Paróquia de S. Victor, designado por CSPSV, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), católica, da Arquidiocese de Braga, com sede na Rua S. Domingos, n.º 4, situada na freguesia de S. Victor, Concelho e Distrito de Braga. Fazem parte dos órgãos gerentes do CSPSV a direção e o conselho fiscal. A direção é composta por oito elementos e o conselho fiscal por três elementos.

O CSPSV procura realizar um dos valores da missão da Igreja – a caridade - servindo a comunidade envolvente na prestação de serviços de carácter social.

É uma instituição que respeita a dignidade da pessoa humana, tendo por base valores que prestigiam o seu trabalho, tais como: solidariedade nas ações, universalidade de participação e a equidade entre e para todos.

Esta instituição possui um assistente social, duas educadoras de infância, um educador social, um gestor da qualidade, uma funcionaria administrativa, duas cozinheiras, um trabalhador auxiliar/serviços gerais, seis ajudantes de ação educativa e cinco ajudantes de ação direta.

O CSPSV dispõe, como acima se escreveu, de três respostas sociais: creche, centro de atividades de tempos livres, designado por CATL, e serviço de apoio domiciliário, designado por SAD. As instalações da creche e do CATL são na sede da instituição, o equipamento de SAD encontra-se a funcionar na Rua D. António Bento Martins Júnior, n.º 50, da mesma freguesia.

Centrando-nos agora mais na resposta social em que estivemos inseridos, o SAD segundo o ministério da solidariedade e da segurança social:

“é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psicológica e que não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito” (portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro do Ministério da solidariedade e da segurança social).

A prestação deste serviço pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida de e para quem o solicita, assegurando a satisfação das suas necessidades básicas de saúde, higiene e/ou alimentação e o combate a situações de isolamento e falta de apoio. Este serviço permite,

ainda, retardar ou evitar a institucionalização do idoso e apoiar o cuidador informal nalgumas das suas tarefas diárias. O SAD funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 17:00h, com interrupção ao fim-de-semana e feriados.

Atualmente, a oferta de serviços disponibilizados pelo SAD, compreende a alimentação, higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupas, vigias e acompanhamento ao exterior. Podem ainda ser assegurados outros serviços, de acordo com os interesses dos clientes e a capacidade do CSPSV, tais como a concretização de companhia e o desenvolvimento/estímulo cognitivo.

Estão ao serviço do SAD uma técnica de serviço social, cinco ajudantes de ação direta (AAD), duas cozinheiras e uma funcionária administrativa (esta última, aliás, comum às restantes respostas do Centro Social).

A técnica é a coordenadora do SAD e responsável pela planificação e organização do trabalho das AAD. Esta, inicia o seu dia de trabalho às 9:00h e conclui às 17:00h, com intervalo para o almoço das 12:30h às 13:30h. As AAD iniciam o seu dia de trabalho às 8:30h e terminam às 16:40h, com paragem para o almoço das 13:00h às 14:00h. Quanto às cozinheiras, começam o seu dia às 8:00h e terminam às 16:40h, com interrupção para o almoço das 13:00h às 14:00h.

As instalações do SAD possuem uma pequena sala de refeições, que é utilizada para os funcionários realizarem as suas refeições, uma sala de atendimento ao público, que é ocupada pela técnica responsável pelo SAD, uma cozinha industrial, que confeciona, atualmente, cerca de oitenta refeições diárias, uma arrecadação e uma casa de banho.

Os serviços prestados pelo SAD nos domicílios são realizados pelas AAD, que estão distribuídas em duas equipas. Cada equipa cumpre diariamente uma rota, previamente delineada pela técnica, que só sofre alterações em caso de desistência, aumento ou diminuição dos serviços por parte dos clientes. Atualmente, realizam serviço de higiene pessoal e/ou habitacional, vigias e acompanhamento ao exterior, a aproximadamente vinte e cinco pessoas. Realizam, também, entrega de refeições a aproximadamente quarenta clientes, diariamente.

Para apoiar estas equipas e todo o trabalho executado fora das instalações, o SAD possui três viaturas. Estas viaturas são utilizadas para transportar as AAD às habitações dos clientes, tanto para prestar serviço de higiene pessoal e/ou habitacional, como para entrega de refeições. As refeições são transportadas em recipientes apropriados, individuais, colocados dentro de uma caixa térmica, para que cheguem quentes a casa dos clientes. O SAD só fornece a refeição de

almoço. Esta refeição é composta por dois pães, duas sopas, o prato principal e uma sobremesa doce ou duas peças de fruta.

A área geográfica abrangida pelo SAD é a freguesia de S. Victor e arredores.

3. Caracterização do público-alvo

Para procedermos à caracterização dos intervenientes neste projeto recorreremos a algumas técnicas de investigação, tais como o inquérito por questionário, conversas informais e análise documental.

Os participantes neste projeto são seis cuidadores informais de pessoas dependentes, habitantes da freguesia de S. Victor, Braga.

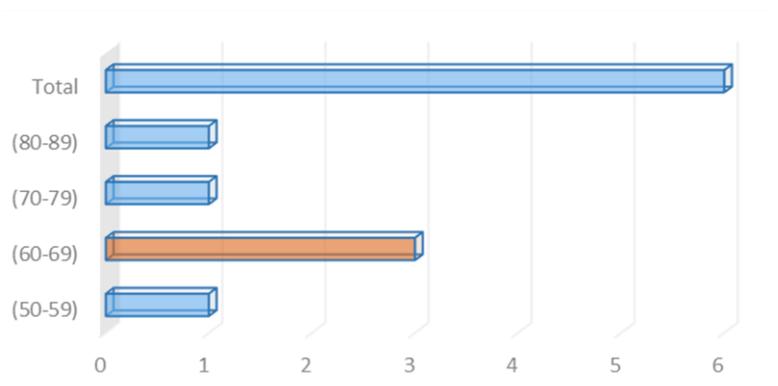
Três dos seis cuidadores são do sexo feminino e os restantes três do sexo masculino (ver gráfico 1).

Gráfico 1 - Género dos Cuidadores



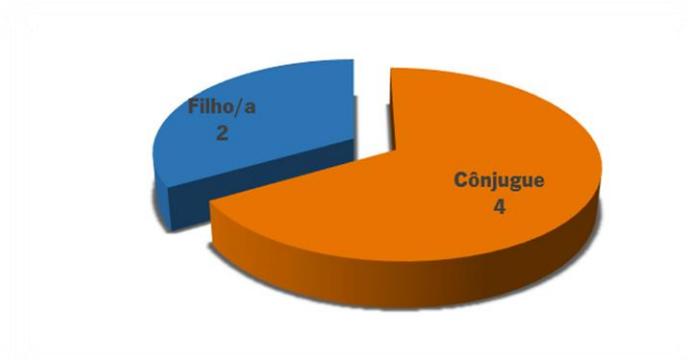
Os intervenientes deste projeto encontram-se em idades distintas, estando compreendidas entre os cinquenta e os oitenta e nove anos, sendo que o predomínio assenta entre os sessenta e os sessenta e nove anos (ver gráfico 2)

Gráfico 2 – Idade dos cuidadores



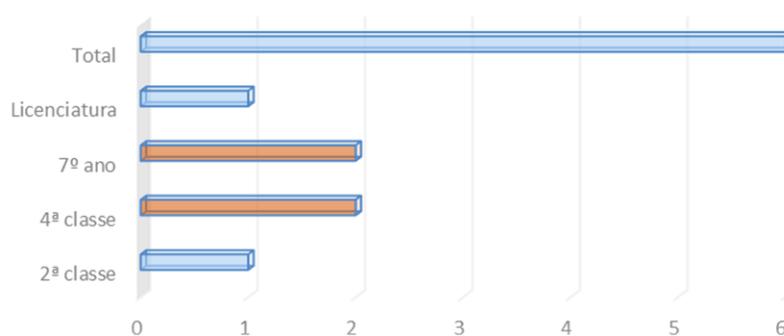
A maioria dos cuidadores informais são o cônjuge do dependente. No entanto, dois dos seis cuidadores são filhos do dependente. É de salientar que estes dois cuidadores são casados e têm filhos (ver gráfico 3).

Gráfico 3 – Grau de parentesco do cuidador para com o dependente



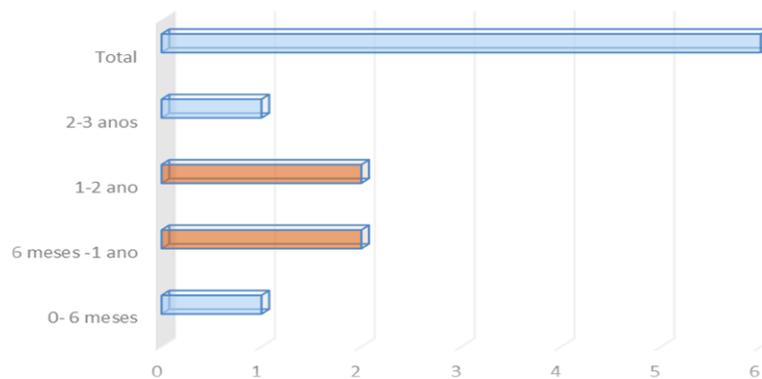
Todos os cuidadores informais são alfabetizados, sendo que um deles possui a antiga segunda classe, dois deles a quarta classe, outros dois o sétimo ano. Um deles é licenciado (ver gráfico 4).

Gráfico 4 – Habilitações literárias dos cuidadores



Os intervenientes deste projeto são cuidadores há poucos anos. Um dos seis cuidadores é cuidador há dois meses; dois dos seis são há um ano; outros dois são há dois anos e um é cuidador há três anos (ver gráfico 5).

Gráfico 5 – Há quantos anos prestam cuidados



Cada cuidador, atualmente, cuida de um dependente a tempo inteiro. Apenas um cuidador partilha esta atividade com uma irmã e uma cunhada, coabitando com ele. Quatro dos seis cuidadores já coabitavam com o dependente antes de assumirem as funções de cuidadores. Todos vivem na freguesia de S. Victor, na cidade de Braga.

Quatro dos seis cuidadores já se encontravam reformados quando assumiram a função de cuidadores, mas os restantes estavam a exercer atividade profissional. Como tal, um dos cuidadores deixou de trabalhar para se dedicar à tarefa de cuidar e um outro pediu a reforma antecipada, para se dedicar a tempo inteiro à pessoa dependente.

Ser cuidador implica gerir o seu tempo em função do dependente. Tendo isto em consideração, estes cuidadores passam os seus dias em casa, junto da pessoa que está a necessitar dos seus cuidados. Apesar disso, e devido ao dependente ter capacidades que permita tal facto, dois dos seis cuidadores saem, no quotidiano, com a pessoa dependente. Estas saídas são pensadas tendo em conta as limitações do dependente, o que faz com que nunca sejam saídas muito longas. Um deles ainda consegue sair sem a pessoa dependente, deixando-a em casa com uma pessoa de confiança. Os restantes conseguem sair por breves instantes, deixando o dependente sozinho, mas só o fazem em último caso (ver gráfico 6).

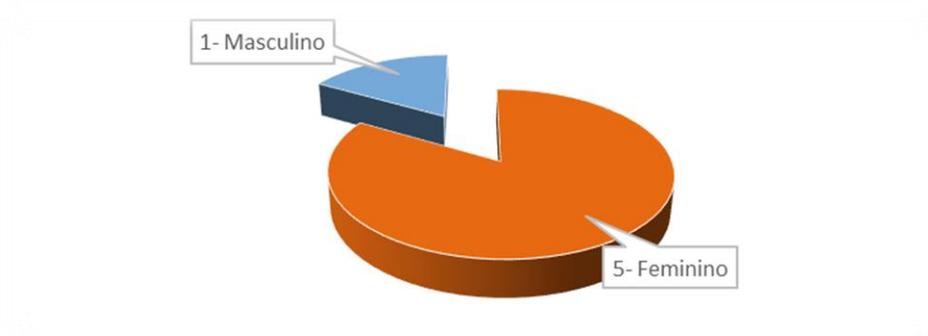
Gráfico 6 – Possibilidade de ausencia da habitação



Quanto às pessoas que são objeto de cuidado, interessou-nos também saber a sua idade, o seu género e caracterizar o seu grau de dependência, a fim de melhor entendermos a situação concreta de vida de cada cuidador.

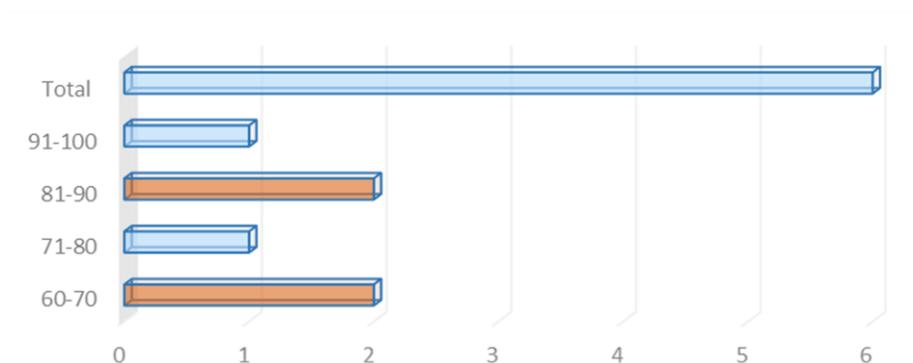
Cinco dos seis dependentes são do género feminino, enquanto que um dependente é do género masculino (ver gráfico 7).

Gráfico 7 – Género dos dependentes



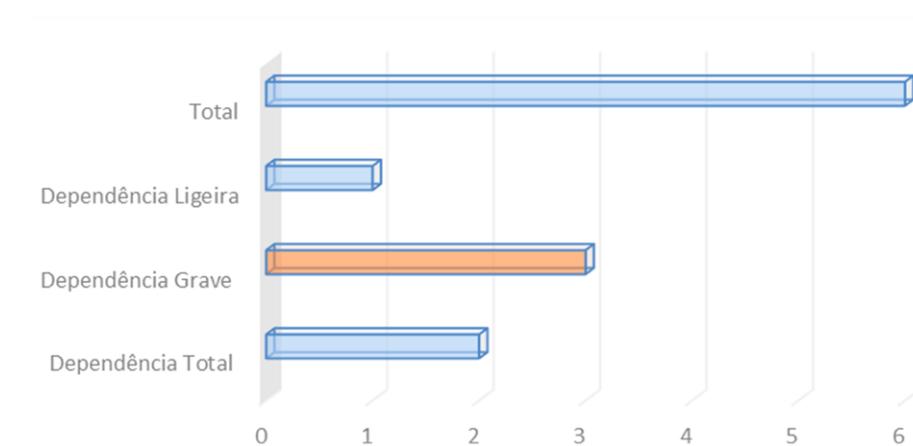
Os dependentes que estão a cargo dos cuidadores inerentes a este projeto, têm idades compreendidas entre os sessenta e um e os noventa e dois anos de idade, como podemos ver no gráfico 8. Por conseguinte, mostra que quatro dos seis dependentes têm mais de sessenta e cinco anos

Gráfico 8 – Idade dos dependentes



Utilizando o formulário de avaliação das atividades da vida diária (ver apêndice3), dois dependentes sofrem de dependência total; três sofrem de dependência grave e um sofre de dependência ligeira (ver gráfico 9).

Gráfico 9 – Grau de dependência



Segundo a escala de Katz⁴, entende-se por dependente total todo o indivíduo que necessite de apoio em todas as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária. Um dependente grave é aquela pessoa que necessite de apoio na maioria das atividades básicas e imprescindíveis à vida diária. Já um dependente ligeiro é aquele indivíduo que necessita de apoio nalgumas das atividades básicas e imprescindíveis à vida diária.

⁴ Consultado em 20 de outubro de 2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf .

O dependente ligeiro pertencente a este projeto sofre de demência. Aqui, o cuidador supervisiona o dia-a-dia do dependente, administra a medicação, confeciona as refeições, trata da lide doméstica e auxilia-o e nas saídas à rua.

No que diz respeito aos dependentes graves, um deles sofre da apneia do sono, má circulação sanguínea, excesso de peso, artroses e edemas nos pés e pernas, que foram dificultando a locomoção, até ao ponto de levar o dependente a evitá-la. Aqui, o cuidador administra a medicação, executa a higiene pessoal do dependente, veste a pessoa dependente, confeciona as refeições, trata da lide doméstica e auxilia-o nas transferências.

Outro dependente grave sofreu um elevado descontrole da diabetes, provocando um período de dependência grave. Neste sentido, o cuidador tem de administrar a medicação, executar a higiene pessoal do dependente, confeccionar as refeições, vestir a pessoa dependente, trata da lide doméstica e auxilia-o nas transferências.

Por último, o terceiro dependente grave sofre de demência avançada. Neste caso, o cuidador administra a medicação, auxilia na higiene pessoal, veste a pessoa dependente, acompanha-o em toda a sua locomoção, devido à falta de orientação e trata da lide doméstica.

Os cuidadores destes três dependentes graves têm de apoiar e auxiliar em praticamente todas as tarefas do dia-a-dia. As poucas tarefas em que não auxiliam são na alimentação, mas apenas na parte de levar a comida do prato à boca.

Quanto aos dependentes totais, um deles sofreu dois AVC e o outro sofre de excesso de peso, edemas nos pés e pernas, tendo, também, um problema no joelho desde criança, que, desde então, dificultou a sua locomoção. Atualmente, encontram-se ambos acamados. Aqui, os cuidadores administram a medicação, executam a higiene do dependente, realizada na cama banho e mudança de fraldas, confecionam as refeições tratam da lide doméstica e realizam posicionamentos. No primeiro caso, o cuidador tem de alimentar o dependente, pela boca e pela sonda. No segundo caso, o dependente consegue alimentar-se sozinho.

Em alguns casos, o cuidador pede a profissionais para o auxiliarem na higiene pessoal do dependente, devido à complexidade e esforço físico, inerentes a esta tarefa.

4. Diagnóstico de necessidades, motivações e interesse

Sendo este projeto realizado na perspectiva da educação de adultos, é importante considerar as experiências e ambições dos mesmos, orientando todo o projeto a partir das suas necessidades e interesses, permitindo, assim, uma intervenção adequada ao público-alvo.

Para conseguir conhecer o público, o seu meio envolvente, detetar os seus interesses, motivações e necessidades, foi imprescindível recorrer à utilização de uma avaliação diagnóstica, sustentada por alguns métodos e técnicas de investigação, tais como a observação direta/participante, conversas informais com os cuidadores, a entrevista exploratória, questionário de administração indireta e narrativas com guião orientador.

A utilização destes métodos permitiu conhecer os cuidadores, os dependentes, as suas tarefas, rotinas, bem como perceber quais os problemas, interesses, motivações e expectativas dos cuidadores.

Numa primeira fase, a observação direta e as conversas informais com os cuidadores, as conversas informais com a acompanhante de estágio e com as AAD, permitiram conhecer os cuidadores, os dependentes e algumas das tarefas intrínsecas ao ato de cuidar. Durante cinco dias, acompanhamos o trabalho das AAD, com o intuito de conhecer as tarefas realizadas por estas e pelos cuidadores, criando, assim, o primeiro contacto com o público. Aqui, foi possível compreender como é organizado o dia-a-dia de um cuidador formal e informal (AAD) e como realizam as suas tarefas.

Numa segunda fase foi aplicado um inquérito por questionário de administração indireta (ver apêndice 3), junto dos cuidadores, que permitiu recolher informação acerca do cuidador: nome, idade, estado civil, grau de parentesco com o dependente, habilitações literárias, situação profissional, coabitação, há quanto tempo é cuidador, se é o cuidador principal, como ocupa o dia-a-dia, se alguma vez recebeu algum tipo de informação para aprender a cuidar, que atividades presta ao dependente, se sente dificuldade em realizar algum tipo de atividade, bem como o grau de dependência da pessoa que tem a seu cargo.

Ainda neste mesmo questionário, detetaram-se algumas das dificuldades que são próprias da tarefa de cuidar: metade dos cuidadores participantes neste projeto, referem que, devido à dedicação atribuída ao dependente, acabam por gerir todo o seu tempo em função deste.

Para complementar este questionário, foi realizada uma entrevista exploratória (ver apêndice 4) baseada nas tarefas do cuidador e nos sentimentos que estas proporcionam. Esta entrevista teve o objetivo de entender as dificuldades inerentes à atividade de cuidar e compreender se alguma vez receberam informações acerca de como cuidar.

Todos os cuidadores afirmam que a pessoa dependente exige muito deles, a nível físico e/ou psicológico. Citando algumas passagens da entrevista:

- 1- “Por vezes vou abaixo, choro e a situação complica-se [...]. Às vezes revolto-me com a vida, não é fácil aceitar esta mudança [...] Isto é um trabalho muito puxado para uma pessoa com a minha idade, ando com uma dor nas minhas costas que só eu sei as dores que tenho” (cuidador G, apêndice 5);
- 2- “Inicialmente foi muito complicado cuidar da minha mãe. Em primeiro lugar porque tive de ir viver para casa dela juntamente com o meu marido, o que não foi fácil, pois ele não aceitava a ideia de viver em casa da minha mãe. Em segundo lugar porque a minha mãe não me deixava descansar nem de dia nem de noite, o que fazia com que eu andasse muito exausta e o meu marido também, o que provocou várias discussões entre nós” (cuidador B, ver apêndice 5);
- 3- “Sinto-me exausto psicologicamente, porque não tenho tempo para mim, para descansar” (cuidador S, apêndice 5);
- 4- “Muitas vezes dou por mim a pensar o quanto gostava que alguém me explicasse como lidar com a minha mulher, porque esta doença não é fácil” (cuidador J, apêndice 5);
- 5- “É difícil ser cuidador, não podemos ir abaixo, temos de estar sempre a dar motivação ao doente para que este não desista de lutar [...]. Mas nem sempre é fácil, há momentos em que eu também desanimo. A minha vida mudou muito em pouco tempo e isso afeta-me quando estou mais em baixo psicologicamente” (cuidador M, ver apêndice 5).

Foi possível, também, concluir que os cuidadores não possuem (in)formações acerca de como cuidar da pessoa que está a seu cargo. O pouco que sabem adquiriram-no através da observação do trabalho das AAD que prestam serviço de apoio domiciliário ao dependente e de algumas orientações dadas pelo médico que acompanha o dependente.

Todos mostraram interesse em aprender mais acerca de como cuidar, esclarecer algumas dúvidas e perceber se estão a realizar as tarefas de forma correta. Citando o cuidador M: “Gostava muito que me explicassem onde posso melhorar e o que mais posso fazer pela minha mãe. É sempre bom a partilha de conhecimentos, porque por vezes temos dúvidas e não temos com quem partilhá-las” (ver apêndice 5).

Com isto, concluiu-se que a aquisição e partilha de conhecimentos mais profundos e diversos, em matéria do cuidar, é essencial para esta tarefa. Estes conhecimentos servirão, também, para atenuar a exigência física inerente a esta tarefa. Para além disto, detetamos que

é necessário intervir junto desta população ao nível dos sentimentos e emoções, criando estratégias para aprender a lidar melhor com estes.

Numa terceira fase foi realizada uma narrativa com guião orientador (ver apêndice 6). Esta técnica possibilitou ter conhecimento sobre aquilo que mudou na vida de cada um, desde que se tornaram cuidadores. A maior parte dos cuidadores sentem-se cansados com a vida que têm, devido ao facto de não terem tempo para se dedicarem a eles próprios, para se dedicarem aos restantes familiares e para a convivência social. Ao contrário de muitas outras ocupações, a tarefa de cuidar não permite usufruir de fins-de-semana, feriados, nem férias, o que acaba por ser cansativo e desgastante, a nível físico e psicológico. Como nos disse o cuidador M: “Agora não tenho fins-de-semana, férias, feriados, não posso tirar um dia para mim” (ver apêndice 7).

Apenas três dos seis cuidadores recebem apoio frequente de familiares, um recebe apoio diário, outro só aos fins-de-semana e um outro cuidador partilha o papel de cuidador com dois familiares. Citando o cuidador S - “Tenho os meus filhos que me ajudam e preocupam-se muito com a mãe” (ver apêndice 7).

Para além destes, há um cuidador que recebe apoio de uma vizinha, porque é um serviço remunerado. Todos os outros cuidadores só obtêm ajuda dos familiares e /ou amigos muito esporadicamente e/ou em casos de urgência. Ouça-se o cuidador G:

“No início os filhos eram muito presentes e ajudavam a cuidar do pai, mas com o tempo afastaram-se. Ligam todos os dias, mas já só ajudam se pedir, aliás às vezes ainda colocam aqui os filhos deles para eu cuidar. Sabem que o pai gostava muito de passear e sabem que sozinha não consigo levá-lo, mas não ligam a convidar [...]. Tenho muitas saudades dos convívios e passeios que fazíamos. Fazem-me muita falta” (ver apêndice 7).

Alguns ainda referiram a disponibilidade que tinham para realizar outras atividades. Citando o cuidador M: “Antigamente ia todos os fins-de-semana para o campismo, agora não consigo fazer isso [...] já não sei o que é ir às compras descansada e com tempo” (ver apêndice 7).

As conversas informais, ao longo desta fase, mostraram-nos que os cuidadores são pessoas que necessitam muito de ter alguém com quem falar, para além do dependente, alguém que os saiba ouvir, que se preocupe e que repare que eles existem e que têm carências como todo o ser humano.

Com esta análise diagnóstica, conclui-se que a tarefa do cuidador é um trabalho árduo, a nível físico e psicológico, que necessita de ser apoiado e ajudado. É necessário não esquecer que o cuidador é um ser humano, também ele frágil e com limitações. Como tal, é necessário intervir junto destes cuidadores com o intuito de facilitar a sua tarefa, melhorando a sua condição física e psicológica. Mas, para que isto seja possível, é necessário introduzir-se um programa de apoio educativo junto destes.

Foi a partir daqui que nasceu o projeto: Cuidar de Quem Cuida: uma necessidade atual.

5. Problemática da Intervenção

A educação não se pode reduzir a uma idade da vida, tal como não pode ter características únicas para todas as idades. Torna-se, assim, cada vez mais evidente a importância da educação de adultos no desenvolvimento das pessoas e das comunidades. Como tal, a educação de adultos é, também, uma educação para o desenvolvimento, cuja intervenção é baseada na participação da comunidade, participação essa, consciente das suas próprias necessidades e interesses, compreendendo a realidade. Segundo Alcoforado e Ferreira (2011), as populações adultas são quem detêm as características necessárias para se adaptarem mais rapidamente e aprovarem qualquer tipo de transformação com impacto na vida conjunta.

Neste projeto, a educação de adultos será enquadrada numa perspetiva de educação permanente, com o intuito de promover o desenvolvimento individual e social.

“A expressão educação de adultos designa a totalidade dos processos organizados de educação, qualquer que seja o conteúdo, nível ou o método, quer sejam formais ou não formais, quer prolonguem ou substituam a educação inicial ministrada nas escolas e universidades, e sob a forma de aprendizagem profissional, graças aos quais as pessoas consideradas como adultos pela sociedade a que pertencem desenvolvem as suas aptidões, enriquecem os seus conhecimentos, melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhes dão uma nova orientação, e fazem evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla perspetiva de um desenvolvimento integral do homem e de uma participação no desenvolvimento social, económico e cultural equilibrado e independente” (Unesco, 1977, p. 10).

A Unesco, na sua quarta conferência internacional sobre educação de adultos em 1985, realizada em França, menciona que as atividades de educação de adultos, na perspetiva da educação permanente, não têm fronteiras teóricas e devem responder às situações particulares

criadas pelas necessidades específicas do desenvolvimento, da participação na vida comunitária e da realização pessoal do indivíduo. Devem, também, abranger todos os aspetos da vida e todos os domínios do conhecimento e dirigem-se a todas as pessoas qualquer que seja o seu nível de instrução (Unesco, 1997, p. 16).

A educação de adultos e a intervenção comunitária estão presentes neste projeto através do desenvolvimento pessoal e social, da transformação da realidade, da promoção de autonomia, da melhoria da qualidade de vida, da promoção de uma atitude reflexiva e crítica, no decorrer de sessões de acompanhamento, sessões (in)formativas e nas dinâmicas de grupo.

É possível evidenciar neste projeto os objetivos do Mestrado em Educação, área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, da Universidade do Minho, através da realização de competências de investigação, no âmbito da educação de adultos e intervenção comunitária, do conhecimento de um conjunto de métodos, técnicas e estratégias aplicáveis no campo da educação de adultos e intervenção comunitária, bem como de um quadro teórico-conceptual operacionalizado ao nível dos princípios, dos modelos e das manifestações temporais da educação de adultos e intervenção comunitária. Encontram-se, também, dinamizados processos de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos em situações concretas de educação de adultos e intervenção comunitária.

Capítulo II

Enquadramento teórico da problemática de estágio

Neste capítulo apresentaremos algumas investigações/intervenções no âmbito do tema dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Posteriormente, encontrará abordadas algumas conceções teóricas (envelhecimento demográfico, a pessoa dependente, o cuidador informal, educação permanente e a educação para a saúde), finalizando com a identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de intervenção/investigação.

1. Apresentação de outras experiências e/ou investigações sobre o tema

Quando pensamos em elaborar um projeto é importante ter conhecimento de alguns projetos e investigações já existentes, na mesma problemática de intervenção. Estes podem ser fontes de inspiração, como podem servir de portal de informação para dar a conhecer o que já está a ser feito, com o intuito de não saturar, nem repetir ideias, estimulando a inovação.

A problemática dos cuidadores informais de pessoas dependentes é um tema consideravelmente recente, no entanto, já existem alguns estudos e projetos na área.

Como tal, apresentamos alguns projetos existentes nesta área de intervenção:

- ✓ Projeto: “O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal”

Este projeto foi elaborado por uma aluna da Universidade do Minho, para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação, área de Especialização em Educação para a Saúde.

Este projeto contou com a presença de catorze cuidadores de pessoas idosas dependentes, inscritos na sede de um Centro de Saúde, pertencente à Sub-Região de Saúde de Vila Real. A seleção destes participante realizou-se tendo em conta os seguintes critérios: os cuidadores principais terem mais de dezoito anos de idade e no caso de haver mais do que um cuidador, seria selecionado o que dedicava mais horas ao cuidado; os cuidadores principais cuidarem há mais de seis meses da pessoa idosa dependente e não receberem remuneração económica por isso; as pessoas idosas dependentes usufruírem da visita domiciliária de enfermagem, já que o contexto domiciliário constitui o contexto mais apropriado para o

enfermeiro educar a díade pessoa idosa dependente-cuidador principal e os cuidadores principais quererem participar voluntariamente no estudo (Andrade, 2009, p. 122).

Para o desenvolvimento deste estudo, foram traçados alguns objetivos, tais como: caracterizar sócio demograficamente a pessoa idosa dependente e o cuidador principal, caracterizar a pessoa idosa dependente quanto ao nível e grau de dependência, conhecer as razões do cuidador principal para assumir o cuidar da pessoa idosa dependente, analisar o tipo de cuidados que o cuidador principal presta à pessoa idosa dependente, analisar as repercussões da prestação de cuidados no cuidador principal, conhecer o processo de formação do cuidador principal para cuidar da pessoa idosa dependente, identificar as dificuldades/necessidades do cuidador principal e conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio (Andrade, 2009, p. 119).

✓ Projeto: “Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes”

Este projeto foi elaborado por uma aluna do Instituto Politécnico de Bragança, para a obtenção do grau de mestre em Envelhecimento ativo.

Este projeto destinou-se a oitenta cuidadores informais, que faziam parte de duas freguesias (Rebordãos e Nogueira) da área de abrangência do Centro Social e Paroquial de Nossa Senhora da Assunção e que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: ser cuidador de pessoas dependentes com sessenta e cinco ou mais anos e não receber qualquer comparticipação monetária pelo cuidado que presta.

Teve como objetivos: identificar quais as áreas em que os cuidadores informais apresentavam maiores dificuldades, e contribuir para a melhoria da prestação do cuidado, através da implementação de um conjunto de sessões formativas desenhadas em função das dificuldades diagnosticadas e avaliar a efetividade dessa intervenção (Lemos, 2012, p. 27).

O plano de intervenção foi construído com seis sessões informativas. Uma das sessões intitulou-se “Ser cuidador” e teve como objetivos: consciencializar os cuidadores sobre a prestação de cuidados e desenvolver capacidades e estratégias de controlo de comportamentos e emoções da pessoa a ser cuidada e do cuidador. Outra sessão denominou-se de “Prestação de cuidados básicos de saúde à pessoa dependente”, tendo como objetivo orientar os cuidadores sobre as principais técnicas utilizadas durante a prestação de cuidados. “Família e apoio social (amigos e vizinhos)” foi mais uma sessão que este projeto concretizou, desta feita com os objetivos de: promover a coesão familiar na prestação do cuidado, promover a participação do

sistema familiar no cuidado, consciencializar a família das necessidades do idoso dependente, desmistificar os estereótipos associados ao idoso, promover a relação de interajuda, partilha e informar a família dos apoios e incentivos sociais disponíveis para a prestação do cuidado. A quinta sessão teve como área de intervenção a “Dependência do idoso” e contou com os seguintes objetivos: proporcionar conhecimentos psicogerontológicos e fisiopatológicos relacionados com a dependência do idoso. Para último, e não menos importante, ficou a sessão dos “Primeiros socorros”, que teve como objetivo proporcionar conhecimentos das medidas iniciais e imediatas dedicadas à vítima (Lemos, 2012, p. 39).

✓ Projeto: “Juntos no cuidar”

Este projeto foi elaborado por uma discente do Instituto Politécnico de Beja, pertencente à Escola Superior de Saúde, aluna do mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária.

O projeto de intervenção comunitária “Juntos no Cuidar” foi uma das atividades desenvolvidas no âmbito do programa “Equipa de Cuidados Continuados Integrados”, inserido no Plano de Atividades 2011-2013 da Unidade de Cuidados na Comunidade D’Alagoa (Centro de Saúde de Lagoa).

A população alvo do projeto foi constituída pelos cuidadores informais de utentes com dependência, integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a receberem cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Lagoa no domicílio. Este projeto teve por base a educação e a promoção da saúde, dispondo de uma equipa multidisciplinar, tendo sido tratados os seguintes temas: ser cuidador, promoção da autonomia, sobrecarga emocional do cuidador informal, saúde oral no idoso e pessoa dependente, apoios sociais na comunidade e bem-estar físico (Francisco, 2012, p. 13).

O objetivo deste projeto consistiu em promover a capacitação dos cuidadores informais para o processo de cuidar da pessoa com dependência, em contexto domiciliário (Francisco, 2012, p. 21).

A leitura destes estudos/intervenções foram uma mais valia para a realização deste projeto, na medida em que obtivemos informação sobre alguns trabalhos desenvolvidos com a população alvo da nossa investigação/intervenção.

Como podemos ver, todos os projetos têm um público-alvo semelhante - os cuidadores informais de pessoas dependentes - o que serviu de base para aquisição de alguns conhecimentos que ajudaram a estruturar a nossa linha de pensamento.

A leitura destas investigações/intervenções, foi útil para a compreensão daquilo que já foi realizado com este público, de forma a não sermos repetitivos e aceitarmos o desafio da inovação.

2. Exploração das correntes teóricas

2.1. Envelhecimento demográfico

Os progressos médicos e a melhoria da qualidade de vida facilitam o aumento da esperança média de vida de ano para ano, permitindo que o ser humano viva mais tempo.

Segundo o INE (2014, p. 24) “Portugal mantém a inclinação para o envelhecimento demográfico”. Isto é o efeito da baixa natalidade, juntamente com a diminuição de população jovem, da crescente emigração e do aumento da esperança média de vida, com o aumento da população idosa, entre 2008 e 2013.

Considera-se uma pessoa idosa todo o indivíduo que possua mais de sessenta e cinco anos de idade. Ser idoso é uma condição comum a todos os indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso abrange histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. “As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença”. (Paúl et al., 2005, p. 75)

A velhice é um fenómeno incontornável, caracterizado por um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo, já que ninguém envelhece da mesma forma e ao mesmo ritmo. Ainda assim, o envelhecimento é um fenómeno perfeitamente normal (Mailloux-Poirier, 1995, p. 99).

Fernandes (1997, p. 34) diz-nos que “O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projeções indicam, com alguma certeza que, no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada”.

Em 2008, segundo o INE (2014, p. 25) a população residente em Portugal era constituída por um milhão seiscentos e trinta mil novecentos e oitenta e cinco jovens, sete milhões e trinta e três mil setecentos e vinte e seis pessoas em idade ativa e um milhão oitocentos e noventa e oito mil trezentos e três idosos. Já em 2013 a população era constituída por um milhão quinhentos e vinte e um mil oitocentos e cinquenta e quatro jovens, seis milhões oitocentos e trinta e cinco mil seiscentos e quatro pessoas em idade ativa e dois milhões sessenta

e nove mil e oitocentos e quarenta e três idosos. Como tal, em 2008, a população residente em Portugal era constituída por 15,4% de jovens, 66,6% de pessoas e idade ativa e 18,0% de idosos. Em 2013, a população residente em Portugal era constituída por 14,6% de jovens, 65,6% de pessoas em idade ativa e 19,9% de idosos (ver tabela1).

Como vemos, neste espaço de tempo a diminuição da população jovem foi seguida pelo aumento da população idosa e pela diminuição da população em idade ativa. Isto mostra que a população residente em Portugal tem vindo a indicar um acentuado envelhecimento demográfico, com resultado da baixa taxa de natalidade e do aumento da esperança média de vida.

Em 2013, o Alentejo era a zona mais envelhecida de Portugal com 24.1 % de idosos. No entanto, é a zona de Lisboa que, desde 2008, apresenta o maior aumento da população idosa, passando de 17.5% para 20.0% da população (ver tabela 1).

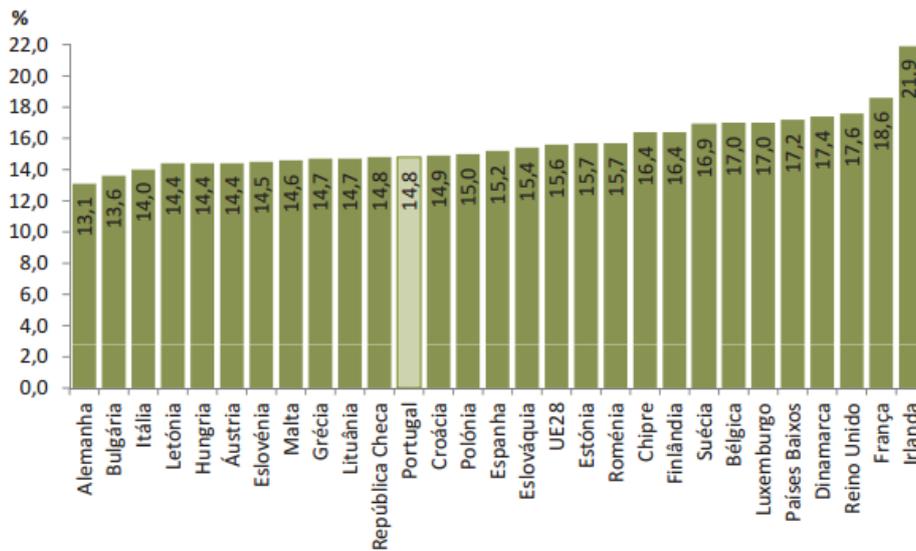
Tabela 1 – Distribuição percentual da população residente por grupos etários

	Portugal	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	R. A. Açores	R. A. Madeira
População dos 0 aos 14 anos de idade (%)								
2008	15,4	15,8	14,4	15,8	13,7	15,8	18,9	17,7
2009	15,3	15,5	14,2	15,8	13,7	15,8	18,6	17,4
2010	15,1	15,2	13,9	15,7	13,7	15,7	18,2	17,0
2011	14,9	14,9	13,7	15,8	13,6	15,6	17,9	16,5
2012	14,8	14,6	13,5	15,9	13,5	15,5	17,5	16,1
2013	14,6	14,3	13,3	15,9	13,3	15,4	17,2	15,7
População dos 15 aos 64 anos de idade (%)								
2008	66,6	68,4	64,6	66,7	62,9	65,5	68,5	68,4
2009	66,4	68,3	64,6	66,3	62,8	65,4	68,7	68,7
2010	66,2	68,1	64,4	65,8	62,7	65,2	68,9	69,0
2011	66,0	68,1	64,3	65,3	62,7	64,9	69,2	69,0
2012	65,8	68,0	64,3	64,7	62,6	64,7	69,5	69,3
2013	65,6	67,8	64,1	64,1	62,5	64,3	69,8	69,4
População de 65 e mais anos de idade (%)								
2008	18,0	15,8	21,0	17,5	23,4	18,7	12,6	13,8
2009	18,3	16,2	21,2	17,9	23,5	18,8	12,7	13,9
2010	18,7	16,6	21,7	18,5	23,7	19,1	12,9	14,1
2011	19,0	17,0	22,0	18,9	23,8	19,5	12,9	14,4
2012	19,4	17,4	22,2	19,4	23,9	19,8	13,0	14,6
2013	19,9	17,9	22,6	20,0	24,1	20,3	13,0	14,9

(Fonte: INE, 2014, p. 25)

Portugal não é o único país da Europa com baixo índice de natalidade. Em 2012, entre os estados membros da UE, a maior proporção de jovens na população verificou-se na Irlanda (21,9%), enquanto a percentagem mais baixa apurou-se na Alemanha (13,1%) (ver gráfico 10).

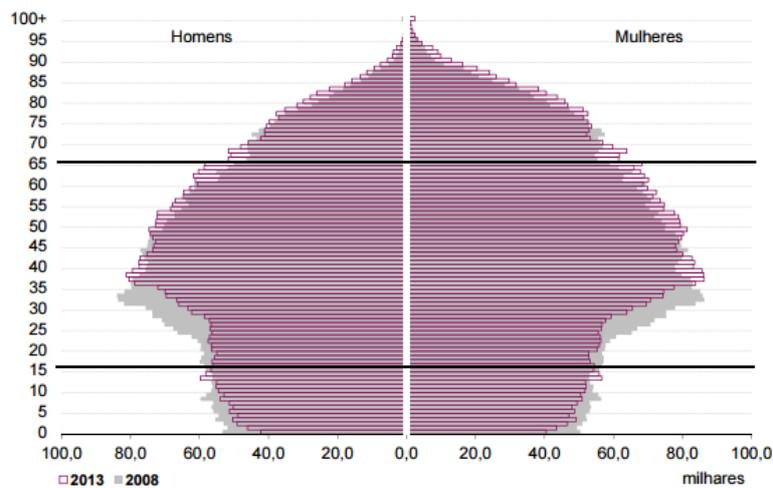
Gráfico 10 – População jovem em 2012



(Fonte: INE, 2014, p. 32)

O envelhecimento demográfico reflete-se no desenho das pirâmides dos últimos anos: estreitamento da base da pirâmide etária, resultado da baixa taxa de natalidade, alargamento do topo da pirâmide, efeito do aumento do número de pessoas idosas, devido ao aumento da esperança média de vida. Também a estrutura etária da população em idade ativa evidencia um envelhecimento, na medida em que a população de quinze a trinta e nove anos diminuiu de 33% para 31%, a par com o aumento de 33% para 35% da população de quarenta a sessenta e quatro anos (ver gráfico 11).

Gráfico 11 – Pirâmide etária, Portugal, 2008 e 2013

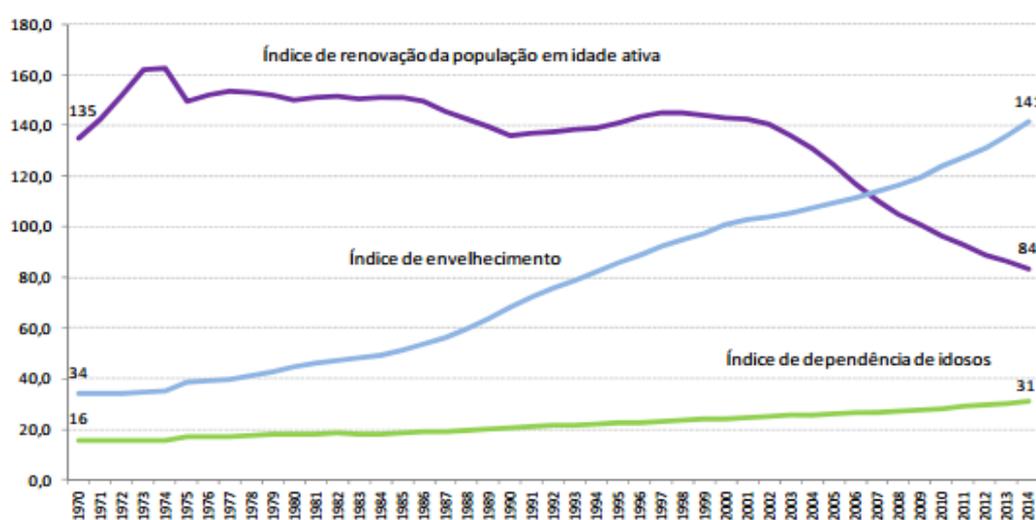


(Fonte: INE, 2014, p. 29)

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU)⁵, até 2050 o número de idosos no planeta superará o de jovens, pela primeira vez na história da humanidade. “Em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da população, em 2000, representavam 10% e, segundo as projeções do Centro Regional de Informação, até 2050 deverão corresponder a 21%”.

Como vemos, está a haver uma alteração na estrutura etária da população portuguesa. A diminuição do número de jovens e do número de pessoas em idade ativa está a ser acompanhada pelo aumento do número de idosos (ver gráfico 12).

Gráfico 12 – Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa



(Fonte: INE⁶, 2015, p.3)

Estes dados evidenciam o elevado número de idosos existentes em Portugal, o que faz com que a sociedade esteja, cada vez mais, preocupada com esta faixa etária.

O envelhecimento começa a suscitar a preocupação dos poderes políticos, da sociedade e dos meios científicos. Começou a ser discutida na I Assembleia Mundial sobre o envelhecimento realizada pela Organização das Nações Unidas, em 1982, em Viena. Nesta assembleia foram abordados vários assuntos que afetam os idosos, as suas famílias e profissionais que trabalham com estes, bem como problemas que estão intrínsecos ao

⁵ Consultado em 10 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/envelhecimento>.

⁶ Consultado em 6 de outubro de 2015. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2.

envelhecimento da população (ONU, 1995, p. 9-10). Mais tarde, houve a II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada pela ONU, em 2002, na cidade de Madrid, assembleia na qual foram tratados assuntos relacionados com a importância e as consequências do envelhecimento demográfico, os direitos do idoso, a violência e a discriminação que esta população é alvo, os cuidados de saúde, a importância vital da família e a proteção social das pessoas idosas (DGSSS, 2002, p. 20-29).

Estes fatores obrigaram à necessidade de aplicação de um modelo conceptual integrado, patente na Rede de Cuidados Continuados de Saúde, que se “propõe promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a equidade do acesso a cuidados de qualidade das pessoas [...] em situação de dependência entre os diferentes tipos de respostas e níveis de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, com ganhos em anos de vida com independência” (DGS, 2004, p. 11).

A DGS (2004, p. 11) admite que,

“embora existam múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local verdadeiramente cimentada, que promova o desenvolvimento das várias medidas numa perspetiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento ativo.”

2.2. A pessoa dependente

Deve-se encarar a velhice como uma “etapa normal do desenvolvimento, etapa essa que não leva necessariamente ao declínio ou à doença” (Berger, 1995, p. 2). A velhice é um período importante da vida, que possui os seus convenientes e os seus inconvenientes. A velhice é a ultima fase do ciclo de vida e nessa fase o organismo sofre transformações sucessivas, devido à sua contínua mudança (Berger, 1995a, p. 6).

Mas a velhice vem, quase sempre, acompanhada de algumas limitações que condicionam o dia-a-dia da pessoa idosa. A referência a problemas de saúde é uma constante, no que diz respeito a esta faixa etária. Existem problemas que estão associados ao envelhecimento, como é o caso da osteoporose, as perturbações auditivas e visuais. “Outros problemas, como os psicológicos, são fortemente influenciados por fatores sociais e ambientais, sobretudo nas pessoas idosas com equilíbrio psicológico já fragilizado” (Mailloux-Poirier, 1995, p. 92).

É a partir dos quarenta e cinco anos, em média, que o estado de saúde começa a deteriorar-se. Ainda assim, “os problemas de saúde são duas vezes mais numerosos aos sessenta anos do que eram aos vinte e são sobretudo as doenças crónicas que predominam” (Berger, 1995b, p. 116).

Aos setenta anos, segundo Robert (1995, p. 33), perdemos mais de 30 % da capacidade de adaptação ao esforço, agravada pelas modificações de estrutura do miocárdio e pela diminuição das possibilidades energética.

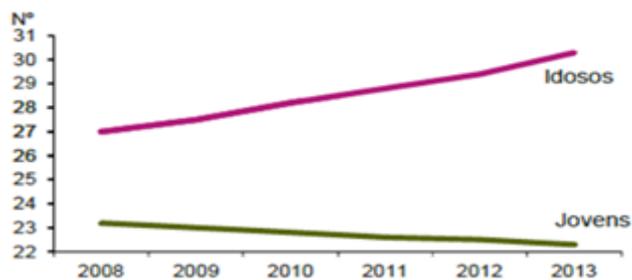
Com a idade e a demora das reações que daí decorrem, a perda progressiva de certas funções cerebrais são, com efeito, bem conhecidas de todos. “A perda da memória imediata, a morosidade da função associativa ou o esquecimento seletivo de certas palavras e nomes, só se tornam penosas relativamente tarde.” Os testes psicométricos revelam um declínio da memória a curto prazo e da velocidade das reações associativas. A memória a longo prazo é, em compensação, pouco ou nada afetada. Ainda que frequente a partir dos sessenta, a perda da memória manifesta-se na maior parte das pessoas idosas (Robert, 1995, p. 32).

A perda de audição e de visão são frequentes na população sénior. Esta perda separa progressivamente o idoso do seu meio envolvente ou exige uma adaptação. Na perda de visão, salientamos a existência da catarata senil que se desenvolve a partir dos cinquenta anos e torna-se incómoda geralmente depois dos sessenta (Robert, 1995, p. 204).

Acresce a estas limitações, próprias da idade, o facto de existirem, cada vez mais, idosos com problemas de saúde que conduzem a situações de dependência, necessitando de alguém para os ajudar a realizar as tarefas básicas da vida diária.

No ano 2011, segundo o INE (2014, p. 27), em Portugal, vinte e oito idosos, por cada cem pessoas ativas, eram dependentes. Já no ano 2013, em Portugal, trinta idosos, por cada cem pessoas ativas, eram dependentes. Como podemos ver no gráfico 13, desde 2008 que o índice de dependência de idosos tem evidenciado uma subida acentuada, ao invés do índice de dependência de jovens que, desde 2008, tem vindo a descer.

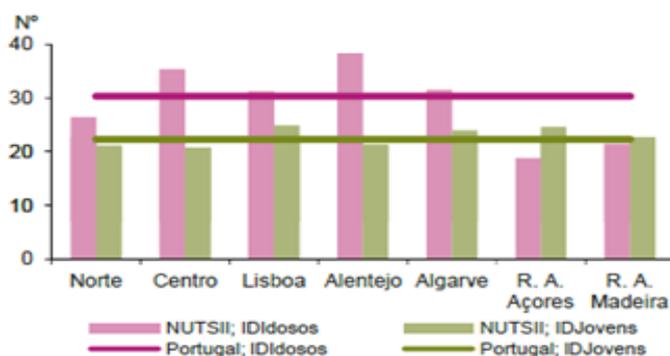
Gráfico 13 – Índice de dependência de jovens e idosos, Portugal



(Fonte: INE, 2014, p. 27)

O Alentejo é a região onde o índice de dependência de idosos é mais elevado (ver gráfico 14).

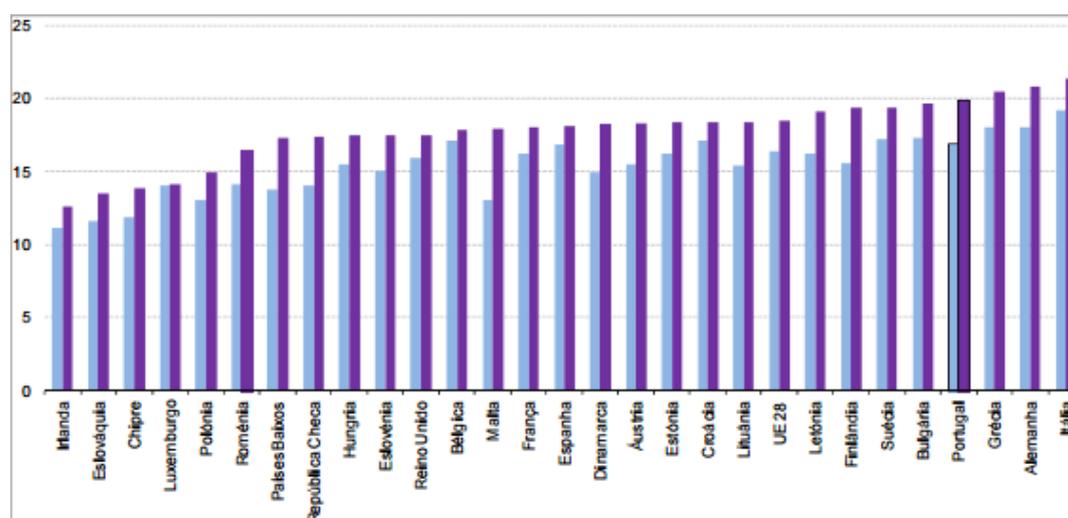
Gráfico 14 – Índice de dependência de jovens e idosos, NUTS III



(Fonte: INE, 2014, p. 27)

Segundo o INE, Portugal é o quinto país da união europeia com o maior índice de dependentes de idosos. À sua frente encontra-se a Suécia, Alemanha, Grécia e Itália (ver gráfico 15).

Gráfico 15 – Índice de dependência de idosos, UE



(INE⁷, 2015, p. 4)

“Estudos epidemiológicos realizados em vários países mostram que apenas 4% das pessoas idosas com mais de sessenta e cinco anos apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência, contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade” (Pavarini e Neri, 2000, p. 49). O elevado número de idosos dependentes, em Portugal e na Europa, acarreta consigo um aumento da percentagem de cidadãos que ocupam os seus dias a cuidar de pessoas dependentes (designadas de Cuidadores Informais).

Segundo a OMS⁸, 2015, a demência é uma das principais causas de dependência entre as pessoas idosas. Pode ser opressiva não só para quem a tem, mas também para os seus cuidadores e familiares. As causas e o tipo de demência são vastos e diversos.

“A demência é uma síndrome, geralmente de natureza crónica ou caracterizado progressivamente em função cognitiva prejudicada (ou seja, a capacidade de processar pensamento) além do que poderia ser considerado uma consequência do envelhecimento normal. Demência afeta a memória, o pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. A consciência não é afetada. A deterioração da função cognitiva, muitas vezes acompanhado, e às vezes é precedida, por deterioração do controle emocional, do comportamento social ou motivação” (OMS, 2015⁹).

⁷ Consultado em 6 de outubro de 2015. Disponível em:

https://www.ine.pt/portal/xmain?xid=INE&xpid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2.

⁸ Consultado em 20 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

⁹ Consultado em 20 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

“A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência. Calcula-se que representa entre 60% a 70% dos casos” (OMS, 2015,¹⁰). “As pessoas com doença cardiovascular têm maior risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer” (DGS, 2004, p. 9).

No que se refere à doença de Parkinson, “a sua prevalência aumenta de 0,6% aos sessenta e cinco anos, para 3,5% aos oitenta e cinco e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neuro degenerativas mais comuns na população idosa” (DGS, 2004, p. 9).

É importante referenciar “que o predomínio da demência aumenta, de 1% aos sessenta e cinco anos, para 30% aos oitenta e cinco anos de idade, duplicando, entre os sessenta e os noventa e cinco anos, em cada cinco anos”. As mulheres sobrevivem durante mais tempo do que os homens com esta doença, apesar de ser maior a ocorrência de doença de Alzheimer no sexo feminino (DGS, 2004, p. 9).

O acidente vascular cerebral é uma doença que aumenta com a idade, “de 3% aos sessenta e cinco anos para 30% aos oitenta e cinco e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte e de séria deficiência na União Europeia” (DGS, 2004, p. 9).

Esta rápida revisão dos problemas de saúde torna-nos consciente que a “pluripatologia é bastante frequente acima dos sessenta e cinco anos” (Mailloux-Poirier, 1995, p. 92). Ainda assim, as alterações conexas à idade nem sempre são previsíveis e não resultam só do envelhecimento, mas da conjugação com outros fatores, incluindo as características da pessoa e o estilo de vida que adotaram ao longo da vida.

O Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade (2006, p. 3856) admite, que estão a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o desenvolvimento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida, assim se verificando um aumento da dependência, que o mesmo ministério entende como sendo:

¹⁰ Consultado em 20 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crônica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 26 de junho, p. 3856).

Mas para melhor entendermos em que consiste a dependência, é importante entender em que se baseia a autonomia e a independência. Segundo Pavari e Neri (2000, p. 62), “o significado mais simples para autonomia é a autogovernança, que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões”. O conceito de autonomia está ligado a uma panóplia de significados que incluem, por exemplo: liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto conduta.” Autonomia é um princípio ético e uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas. Ou seja, as pessoas têm o direito de determinar o curso das suas vidas.

Na expressão do quotidiano, “autonomia e independência são palavras sinónimas”. Ainda assim, “a independência é a capacidade de realizar, sem ajudas, as atividades da vida diária” (Pavari e Neri, 2000, p. 63).

Embora exista uma ligação indiscutível entre o poder escolher e o poder fazer, há pessoas que embora estejam funcionalmente e fisicamente impedidas, conseguem exercer as suas capacidades de escolha e controle sobre parte do seu ambiente (Pavari e Neri, 2000, p. 63). Por exemplo, conseguem saber o que querem, o que gostam, ou para onde querem ir. É importante que todos os cuidadores preservem esta capacidade nas pessoas que estão a seu cuidado. Esta independência é o principal desafio para a longevidade, na medida em que promove a prevenção da qualidade de vida.

Já a dependência é definida “como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação” (Pavari e Neri, 2000, p. 63).

Invocando Pavarini e Neri (2000, p. 66), afirmamos que “dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional.” Um idoso pode ser dependente em determinados aspetos e independente noutros, por exemplo, pode possuir uma dependência física e ser autónomo financeiramente, ou ser dependente afetivamente e independente a nível cognitivo.

Sidney Katz desenvolveu um método que permite avaliar o índice de independência com que se efetuam as atividades básicas da vida diária (Index de Independência nas Atividades de

Vida Diária). Este método informa-nos se a pessoa é dependente ou independente, referenciando em que atividade é dependente e independente. O índice de Katz avalia seis atividades básicas da vida diária, a saber: vestir, transferências, alimentação, higiene pessoal, utilização da casa de banho e continência (Katz et al., 1963, p. 914). Essa avaliação torna-se, portanto, essencial para “estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários” (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007, p. 318).

Embora já date de 1963, o índice de Katz ainda hoje é muito utilizado para avaliar o grau de independência das pessoas. Duarte, Andrade e Lebrão (2007, p. 325), realizaram um estudo sobre o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVDs) – *Index of ADL* - desenvolvido por Sidney Katz, e afirmam que este é um instrumento de avaliação funcional muito utilizado na literatura gerontológica, tanto ao nível nacional quanto internacional.

2.3. O cuidador informal

Desde que nasce que o ser humano é um ser que dá e recebe cuidados - “Ser cuidado...cuidar de si próprio...cuidar...Quem, ao longo da vida, não conheceu cada um destes imperativos?” (Collière, 1999, p. 15). Cuidar e ser cuidado é algo que está presente na vivência do ser humano e nas atitudes no dia-a-dia.

Cuidar é um modo de ser essencial que está sempre presente em todas as atitudes do ser humano (Boff, 2000, p. 34). “É a arte que antecede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas” (Collière, 2003, p. 1).

Cuidar é, então, o oposto do descuido e do descanso. “É mais do que um ato; é uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” Portanto, abrange mais que um momento de atenção (Boff, 2000, p. 33).

Somos um ser que vive em sociedade e, conseqüentemente, preocupamo-nos com o outro, ao ponto de sermos solidários, de viver as dores e as alegrias de quem se cruza na nossa vida. Podemos dizer, com isto, que o ato de cuidar já dura desde que a humanidade existe. Como tal, cuidar é intrínseco ao ser humano.

Embora todo o ser humano partilhe desta característica, nem todos lidam com ela da mesma forma, na medida em que, “o processo de cuidar é [...] complexo e exigente, envolvendo um conjunto de situações e experiências potencialmente responsáveis por alterações na saúde

e no bem-estar do prestador de cuidados, nomeadamente, em termos da saúde mental” (Lage, 2005, p. 210). O *stress*, a ansiedade, o cansaço e as rotinas são situações presentes na vida dos cuidadores. A ansiedade relaciona-se fortemente com a sobrecarga emocional e implicações na vida pessoal. Por exemplo, Santos (2011, p. 68) diz-nos que um dependente com a doença de Alzheimer exige cuidados muito prolongados por parte do seu cuidador principal, tornando-se muito desgastante toda a evolução da doença e a debilidade que vai causando ao dependente. Acompanhar esta destruição física e psicológica da pessoa expõe o cuidador a uma sobrecarga emocional/psicológica e física elevadíssima, acabando, muitas vezes, numa situação de depressão.

A extensão e a intensidade dos cuidados variam em função do grau de dependência e do estado físico e psicológico do cuidador. O cuidador está exposto a grandes esforços, prejudicando a sua saúde física.

Na maior parte dos casos, o cuidador abdica de todos os outros papéis que representava na sociedade. Esta quebra e mudança nas rotinas obrigam à criação de um momento de adaptação e aceitação. Muitas vezes, esta fase torna-se dolorosa e difícil de ultrapassar, na medida em que, a esta, junta-se a dificuldade em conseguir satisfazer todas as necessidades da pessoa dependente. Estas dificuldades acontecem devido à falta de conhecimento sobre as técnicas a utilizar, como lidar com a pessoa e o que fazer para a ajudar. Tudo isto acontece numa fase inicial, causando um turbilhão de sentimentos e emoções que são difíceis de decodificar.

Os estímulos de motivação são os pilares dos cuidadores, são o que lhes dão força para continuarem. As recompensas, gratificações, sentido de utilidade, realização pessoal, satisfação, aquisição e desenvolvimento de técnicas de cuidar, o aprender com a experiência e o crescimento pessoal, são partes afáveis desta tarefa (Lage, 2005, p. 214).

Cuidar faz parte dos valores da família. Esta função está vinculada à família, ao ponto de ser considerada como uma tarefa sua. Desde sempre que as famílias são vistas “como a principal entidade prestadora de cuidados em situações de dependência dos seus familiares” (Lage, 2005, p. 203). Em grande parte dos casos é o género feminino (mãe, esposa, filha,) que assume esta tarefa.

O cuidador informal é um elemento da família ou amigo muito próximo, que se disponibiliza para prestar cuidados diários ao dependente. “Amigos e vizinhos raramente são cuidadores principais. Porém, se a família não existir, está ausente ou não coopera, parentes e

outros podem assumir esse pape” (Insero,1995 & Quaresma,1996, citados por Lage, 2005, p. 207).

“Quando um cuidador principal assume cuidar de alguém, fá-lo também em função das suas motivações.” Uma das motivações baseia-se no facto de considerarmos cuidar de um familiar como uma responsabilidade moral, assumindo, conjuntamente, que não querem sentir-se culpados mais tarde, ficando, assim, com um sentimento de dever cumprido (Insero, 1995 e Wilson, 1992, citados por Lage, 2005, p. 207).

Mas, a prestação de cuidados não se reparte de igual modo por várias pessoas, na medida em que deve existir um cuidador principal. Assim sendo, existem dois tipos de cuidadores, o primário e o secundário.

Segundo Martin (2005), o cuidador primário ou principal é aquela pessoa sobre a qual recaem todas as tarefas e responsabilidades principais inerentes ao cuidar.

“Aquele pessoa que realiza mais de metade das tarefas relativas ao transporte, às lides domésticas, à preparação de comidas, às lavagens de roupa, aos cuidados pessoais e/ou de suporte financeiro (incluindo o aluguer de habitação e similares gestões não monetárias), e em que o indivíduo afetado seja dependente” (Martin, 2005, p. 184).

Já o cuidador secundário é a pessoa que auxilia o cuidador primário, realizando pequenas tarefas ocasionais, não tendo a seu cargo as tarefas principais no cuidado. De uma forma global, a quantidade de trabalho que os cuidadores secundários desenvolvem é bastante mais pequena, do que aquele que proporciona os cuidadores primários (Martin, 2005 p. 195).

É positivamente marcante e alivante quando o cuidador principal tem um cuidador secundário que o apoia, permitindo que a tarefa de cuidar não seja tão sufocante. As restrições a nível pessoal começam a surgir e, para que haja um equilíbrio emocional na vida do cuidador principal, é necessário adquirir apoio de outros elementos da família. O facto de ter alguém que apoie o cuidador principal, dá espaço, a este, para ter tempo para si próprio, conseguindo usufruir de momentos de lazer.

Estes momentos são o remédio para a cura do *stress*, da ansiedade e do dissabor da vida e, assim, atingir a felicidade e o bem-estar emocional, transmitindo ao dependente esperança, confiança e determinação para ultrapassar esta fase da melhor forma possível.

É importante que os cuidadores não olhem para os dependentes como seres inválidos e incapazes. É essencial que se preserve e estimule a independência da pessoa a cargo. Katz et

al. (1963, p. 919) abordam um tema essencial, quando se referem à importância de os cuidadores promoverem independência nas pessoas que têm a seu cuidado. “Aqueles que dão o cuidado devem tentar diminuir a dependência sempre que possível, na premissa de que a independência ajuda a sustentar a força física, emocional e social. A independência nas atividades da vida diária é importante para o bem-estar.”

A existência de um cuidador informal nuns casos evita, noutros adia a institucionalização do dependente. E adia, deixando de evitar, porque, na maior parte das vezes, os cuidadores informais não aguentam muitos anos com esta atividade, visto ser uma atividade que exige muito esforço físico e afeta o estado emocional do cuidador.

O cuidar de uma pessoa dependente surge, na maioria das vezes, de forma inesperada, encontrando o cuidador sem preparação e formação prévia. Aqui, é que se encontra a grande falha. Não existe preocupação por parte dos líderes políticos, em criar redes que permitam apoiar e informar esta população, sobre como realizar as suas tarefas de forma correta, de modo a não prejudicar o dependente, nem a pessoa que cuida. É crucial a ajuda dos profissionais de saúde e dos profissionais de educação, para que haja uma adaptação rápida e adequada à sua nova atividade, facilitando, assim, a prestação de cuidados. Como tal, é necessário criar redes de ligação com os cuidadores informais, para possibilitar um espírito de interajuda. Para isto, é necessário que o cuidador informal seja visto como um ser humano, também este, com dificuldades, necessidades, interesses e sonhos, assim como um elemento importante para a sobrevivência e bem-estar do dependente.

Para auxiliar o cuidador informal nas suas tarefas diárias, existem os serviços de apoio ao domicílio de diversas instituições de solidariedade e assistência social. Este serviço de apoio domiciliário satisfaz as necessidades básicas do dependente, ou seja, apoia ao nível da higiene pessoal e habitacional e da alimentação. Este tipo de serviço, permite que o cuidador informal consiga ter alguns momentos de descanso. Para além deste apoio existem, ainda, as visitas domésticas de médicos e enfermeiros.

Infelizmente, parte destes serviços não são mobilizados devido à falta de recursos financeiros, por parte do cuidador, tendo em conta que a tarefa de cuidar, em Portugal, ainda carece de estatuto e de apoios financeiros.

2.4. Educação permanente

Sabe-se hoje que, a educação vai muito para além dos contextos formais. Engloba “todos os processos que levam as pessoas desde a infância até ao fim da vida, a um conhecimento dinâmico do mundo, dos outros e de si mesmas [...]” (Delors, 1996, p. 89).

O ser humano acumula vários conhecimentos nos seus primeiros anos de vida, no entanto não é correto pensar que esses conhecimentos o vão dotar ao longo de toda a vida. É necessário que a pessoa esteja preparada para se enriquecer desde o início até ao fim da vida, estando precavida e atenta a um mundo em mudança. A educação aparece “encarada como um processo contínuo que, desde o nascimento à morte se confunde com a existência e a “construção da pessoa”, a perspetiva da educação permanente aparece como um princípio reorganizador de todo o processo educativo [...]” (Canário, 1999, p. 88).

A educação ao longo da vida deve organizar-se em torno de quatro pilares do conhecimento, a saber: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (Delors, 1996, p. 77).

O *Aprender a conhecer* presume que se aprenda a pensar, exercitando a atenção, a memória, a curiosidade, o sentido de descoberta e o pensamento. O aglomerar de saberes sob diversos aspetos, leva a compreender melhor o ambiente, favorece o despertar da curiosidade intelectual, estimula o sentido crítico e permite compreender a realidade, mediante a aquisição de autonomia (Delors, 1996, p. 78). Esta é a aprendizagem que estabelece as bases e o gosto para uma educação ao longo da vida.

Quando referimos a expressão *aprender a fazer*, estamos a mencionar a educação para a aptidão, para a qualificação e para a competência. Nos tempos que correm é importante que a humanidade seja qualificada e que essa qualificação esteja em constante atualização.

Aprender a viver junto remete para a educação cívica, na medida em que é uma educação de respeito pelo outro e de aprender a conviver.

Por último, o *aprender a ser* engloba a responsabilidade social e pessoal, pensamento autónomo e crítico, a imaginação, a criatividade e o desenvolvimento de sensibilidades.

Estes quatro vetores de aprendizagem remetem-nos para os conceitos de educação formal, de educação não-formal e de educação informal. Todas elas são indispensáveis à vida e nenhuma é mais importante, todas elas têm o seu papel no desenvolvimento humano. A educação formal é constituída pelo sistema educativo que abrange desde os primeiros anos de escola primária até aos últimos anos da universidade, remetendo para a formação escolar. A

educação não formal são todas as atividades organizadas, fora do sistema educativo. Já a educação informal é um processo que começa com o nascimento do indivíduo e só acaba no dia da sua morte, portanto dura toda a vida e é através dele que se adquire conhecimentos, habilidades, atitudes, crenças e valores, de forma espontânea e natural.

Daqui decorre que a educação é um processo permanente no ser humano e é através dela que a humanidade emerge, desenvolve e evolui. Com efeito, o ser humano vive em constante aprendizagem ao longo da vida. “Aprender é um verbo ativo, que implica sempre uma reflexão sobre os próprios processos de pensamento e ação” (Nogueira, 1996, p. 206).

Nem sempre, todavia, assim foi. Até aos anos cinquenta do século passado, a educação quase que se restringia à educação escolar. A única educação que existia era a formal, destinando-se apenas a crianças e jovens.

A partir dos anos cinquenta, no pós II guerra mundial, a UNESCO reuniu vinte e sete países com o intuito de abordarem o tema da reconstrução do pós-guerra. Desta conferência internacional ressalta-se o facto de se ter colocado a educação de adultos como instrumento eficaz para realizar a reconstrução do pós-guerra (Dias, 1979a, p. 17). Cedo se percebeu que a educação não se podia reduzir a uma idade da vida, tal como não poderia ter características únicas para todas essas idades (Alcoforado e Ferreira, 2011, p. 8).

Como a educação de adultos acompanha a evolução do mundo moderno, para definir os seus objetivos, conteúdos, métodos e estruturas, foram realizadas várias CONFINTEA. Desta forma, a educação de adultos passou a ser vista como fundamental na transformação económica, política e cultural de indivíduos, comunidades e sociedades no século XXI. Estas conferências acontecerem a cada doze anos, tornando-se marcos internacionais que denominam a educação de adultos até dois mil e vinte.

Uma das conferências com mais importância histórica foi a III conferência Internacional, realizada no início dos anos setenta (1972), em Tóquio, Japão, na qual participaram representantes de oitenta e seis estados das diversas regiões do mundo e de muitas organizações sociais (Dias, 1979a, p. 31). Este foi um momento de viragem no pensamento sobre educação, na medida em que a educação começou a ser vista como um processo permanente ao longo da vida. A educação foi encarada como um processo contínuo, que deve decorrer ao longo da vida, diversificado e global, aparecendo como um princípio reorganizador de todo o processo educativo. Assim, aparece o conceito de educação permanente que considera a educação de crianças e jovens por um lado e a educação de adultos por outro, como duas

fases de um processo. Aqui, a educação de adultos é pensada para os adultos do futuro, adultos já alfabetizados. A partir dos anos setenta, o processo normal da vida humana deixa de estar limitado ao ensino formal e prolonga-se por toda a vida, abarcando todos os domínios do saber e todos os conhecimentos práticos, utilizando todos os meios possíveis (Dias, 1979b, p. 35).

“A educação de adultos introduz, na globalidade do sistema educativo, uma nova pedagogia de ação, [...] uma relação diferente entre a teoria e a prática, e o desenvolvimento do espírito associativo, sobrevalorizando a pedagogia do diálogo e da crítica (...)” (Nogueira, 1996, p. 60).

Como tal, a educação de adultos inserida num processo de educação permanente é:

“um processo organizado de educação, qualquer que seja o conteúdo, o nível e o método [...], que prolonguem ou substituam a educação inicial ministrada nas escolas e universidades, e sob forma de aprendizagem profissional, graças aos quais as pessoas consideradas como adultas pela sociedade e que pertencem desenvolvem as suas aptidões, enriquecem conhecimentos, melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhes dão uma nova orientação, e fazem evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla participação no desenvolvimento social, económico e cultural equilibrado e independente” (Unesco, 1977, p. 10).

A educação deve prolongar-se toda a vida, incluir todos os domínios do saber e conhecimentos práticos, utilizar todos os meios possíveis e possibilitar, a todo o indivíduo, um desenvolvimento pleno da sua personalidade. Deve, ainda, dirigir-se a todas as pessoas independentemente do seu nível de instrução (Unesco, 1977, p 11).

Ao longo do seu percurso, a educação de adultos viu a sua incidência deslocar-se dos objetivos para a qual tinha sido pensada.

Um desses desvios aconteceu aquando à criação da educação formal para adultos. Como refere Canário (1999, p. 89), em vez de se expandir e desenvolver um processo contínuo e “não-escolar”, criou-se um processo escolar alargado a todos os contextos, tornando assim o “planeta numa gigante sala de aula”. Outro desencaminhamento de objetivos consistiu na visão manipulada que a educação de adultos teve pelas sociedades democráticas industrializadas, onde a viam como um meio para conseguir uma mão-de-obra qualificada, conduzindo ao aumento da produtividade. Arrastada no turbilhão da globalização económica e da regressão das

conquistas do bem-estar social, a educação de adultos viu-se, assim, muito utilizada em práticas formativas de promoção da empregabilidade (Alcoforado e Ferreira, 2011, p. 10).

Assim, “as finalidades da promoção social, cultural e cívica, que marcaram o movimento da educação permanente, [...] [foram graduadamente] substituídas pelas finalidades [...] de aumentar a produtividade e criar emprego” (Canário, 1999, p. 90). Na prática, a educação de adultos estava centrada “numa lógica de carácter económico, que cumulativamente induz a uma visão redutora e pobre dos fenómenos educativos” (Canário, 1999, p. 89).

Não queremos com isto referir que a educação de adultos não deva integrar, também, contextos e modalidades que promovam e proporcionem a educação numa lógica económica junto da população. Queremos antes invocar para uma educação que deve atuar segundo todas as suas dimensões, não estando centrada apenas numa dimensão, tornando-se numa verdadeira educação para o desenvolvimento individual e comunitário, um processo de autoconstrução, promotor de transformações pessoais, culturais, sociais, económicas e políticas.

Concluimos este tópico a olhar para a educação permanente como uma tarefa, um direito e um dever ao longo da vida. Por consequente, como um “eco-sistema educativo, onde o território é o lugar da educação permanente, a comunidade é o agente da mesma e os seus objetivos proveem dos problemas dominantes da população”, apresentando-nos um novo tipo de homem, um homem dinâmico e em constante desenvolvimento (Quintana, 1991, p. 92).

2.5. Educação para a saúde

Como vimos anteriormente, a educação ao longo da vida caracteriza-se pela diversidade. Esta não possui fronteiras teóricas, abrangendo a educação para a cidadania, a educação para a saúde, a formação e atualização profissional, entre outras. Interessa-nos, aqui, a questão da educação para a saúde, naturalmente.

A educação é uma das melhores formas para elevar a qualidade de vida e o nível de saúde das pessoas (González, 1998).

A saúde sempre foi um tema importante na educação de adultos. Como nos diz Quesada (2004, p. 13), a luta dos homens pela sua saúde tem sido uma constante em todas as culturas. A saúde foi desde sempre muito valorizada e procurada. Por esta razão, a humanidade sempre se preocupou em descobrir curas e tratamentos para problemas que colocassem em causa a saúde.

Durante muito tempo, a saúde foi definida, em termos negativos, como apenas a ausência de doença, em que o médico era o principal agente responsável pela saúde. No entanto, após a Segunda Guerra Mundial, foi surgindo um variado leque de definições do termo saúde. Em 1978, no âmbito das Nações Unidas, produziu-se a declaração sobre os primeiros cuidados de saúde, no âmbito da Conferência de Alma-Ata, na qual a saúde é concebida como:

“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade [...] um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde, é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores [...] além do setor da saúde” (Unicef, 1979, p. 2).

Este novo olhar veio acompanhado com respostas às novas necessidades do ser humano. Uma das respostas foi a promoção da saúde, numa expectativa por uma nova saúde pública. A primeira conferência internacional sobre promoção da saúde realizou-se em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, onde se definiu a promoção da saúde como:

“o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente [...]” (Ministério da Saúde, 2002, p. 19).

A preocupação com a promoção da saúde acabou por levar, logicamente, a que se pensasse numa educação para a saúde, e este conceito, na realidade, tem vindo a ser objeto de reflexão de vários autores.

Tones & Tilford (1994, p. 11), por exemplo, designam a educação para a saúde como:

“toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.”

Para Costa & López (1996, p. 29), a educação para a saúde é “um processo planejado e sistemático de comunicação e de ensino-aprendizagem orientado para facilitar a aquisição, seleção e continuação de práticas saudáveis.”

Já Quesada (2004, p. 160) salienta que “a educação para a saúde é um exemplo paradigmático da educação permanente e tem que ser oferecida ao longo de toda a vida e através de todas as modalidades de educação e aprendizagem.”

A educação para a saúde inicialmente foi pensada dentro das paredes da educação formal numa versão informativa. Mas, felizmente acompanhou a evolução da própria educação, moldando-se à educação permanente, e do conceito de saúde. Atualmente, a educação para a saúde acontece ao longo da vida, através da educação formal, não formal e informal, visando todos os grupos etários. Aqui, o intuito é promover, no indivíduo, a autonomia e a responsabilidade, para efetivar estilos de vida mais saudáveis que influenciem diretamente a saúde.

A educação para a saúde tem uma função preventiva e corretiva, que exige por parte das pessoas os conhecimentos necessários para a prevenção de certos problemas de saúde e para a correção de comportamentos. Ainda assim, o seu principal foco não é evitar a doença, mas sim promover estilos de vida saudáveis, potenciando a participação e gestão da saúde de cada um e desenvolver um processo de saúde integral (Quesada, 2004, p. 17). O seu objetivo é obter comportamentos saudáveis, tendo em conta os estilos de vida e as crenças da comunidade.

Como vemos, a educação para a saúde tem como principal finalidade a melhoria da qualidade de saúde humana, através da modificação de comportamentos, mudanças de atitude, proporcionando estilos de vida saudáveis. A área de ação da educação para a saúde vai para além da divulgação de dados que possam prevenir o surgimento de algumas doenças, ou que possam ajudar na sua recuperação. Portanto, engloba a diminuição dos fatores de risco, aumenta os fatores de proteção e detetar a tempo os problemas de saúde. Educar para a saúde significa questionarmo-nos sobre aquilo em que acreditamos, refletir sobre o que os outros defendem, e tornarmo-nos seres autónomos e conscientes das nossas decisões e atitudes.

A educação para a saúde visa promover e proteger a saúde em grupos saudáveis e melhora a qualidade de vida em grupos com patologias ou com doenças crónicas. Tendo isto em atenção, a educação para a saúde tem três níveis de prevenção, a saber: a prevenção primária, a secundária e a terciária. A prevenção primária pretende prevenir o surgimento de

patologias, fornecendo indicadores de vigilância, que previnem patologias em geral. A prevenção secundária pretende retardar o desenvolvimento de uma patologia em fase inicial, dirigindo-se, portanto, a grupos específicos. Ao nível terciário, reporta-se a pessoas doentes visando a sua reabilitação e a sua reintegração comunitária. O que se pretende é que as pessoas aprendam a viver o melhor possível com as limitações que as suas doenças lhes trazem (Oliveira, 2012, p. 7). Este projeto centra-se numa educação para a saúde ao nível terciário.

3. Identificação dos contributos teóricos mobilizados para a problemática específica de intervenção/investigação

Para abordar o tema dos cuidadores informais de pessoas dependentes, foi necessário recorrer a estudos que impulsionassem, fundamentassem, sustentassem e justificassem a intervenção. A teoria e a prática devem ser articuladas, promovendo a base para um correto processo de investigação/intervenção.

O conhecimento e análise de práticas de estudos e intervenções no contexto dos cuidadores informais de pessoas dependentes, permitiu conhecer intervenções realizadas junto desta população, de forma a comparar com as linhas de intervenção do presente projeto, de modo a confrontar ideias e a estimular criatividade e inovação.

Foi necessário estudar o envelhecimento para compreendermos um dos grandes fatores que leva à dependência. Para além disto, o estudo do envelhecimento permitiu uma consciencialização do aumento da porção de dependência nos próximos anos.

O recurso a referentes teóricos sobre a tarefa de cuidar, foi importante para conseguirmos analisar as bases desta tarefa, as dificuldades e as consequências. Possibilitou, igualmente, para a realização de uma intervenção adequada às particularidades desta função.

Por fim, foi importante abordar os referentes teóricos que sustentaram a prática, como meio para uma melhor compreensão dos objetivos e de toda a intervenção.

Em jeito de conclusão, os contributos teóricos sustentaram todo este projeto de intervenção, dando-lhe exequibilidade e bases sólidas para todo o seu desenvolvimento. Assim sendo, a prática deve andar sempre acompanhada pela teoria, bem como a teoria pela prática.

Capítulo III

Enquadramento metodológico de estágio

Neste capítulo evidenciamos os objetivos gerais e específicos, da investigação bem como da intervenção. Seguidamente, será apresentada e fundamentada a metodologia utilizada, tanto para a investigação como para a intervenção (paradigma, metodologia, métodos e técnicas). Sucessivamente, evidenciamos os recursos mobilizadores (humanos, físicos e financeiros), finalizando com as limitações do processo.

1. Objetivos investigação/ intervenção

Na elaboração de um projeto é importante a criação de objetivos, para que todo o trabalho seja estruturado a partir e em função destes, dando-lhe coerência, traduzindo-se no caminho a seguir e nas metas a alcançar.

Para a elaboração deste projeto foi necessário recorrer a dois momentos distintos, sendo eles a investigação e a intervenção. Para cada um, tornou-se essencial estruturar objetivos gerais e específicos.

1.1. Objetivos gerais da investigação

“Os objetivos gerais descrevem grandes orientações para a ação e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de trabalho a seguir” (Guerra, 2002, p. 164).

Os objetivos gerais traçados para a investigação foram:

- Possuir conhecimentos sobre os cuidadores informais de pessoas dependentes;
- Deter informações sobre a freguesia de S. Victor;
- Conhecer o Centro Social da Paroquia de S. Victor;
- Aprofundar saberes académicos e saberes relacionados com o cuidar.

1.2. Objetivos específicos da investigação

“Os objetivos específicos são objetivos que exprimem os resultados que se espera atingir (...). Distinguem-se dos objetivos gerais porque não indicam direções a seguir, mas estádios a alcançar, expressos em termos mais descritivos de situações a concretizar” (Guerra, 2002, p. 164).

Os objetivos específicos traçados para a investigação são os seguintes:

- Construir conhecimento sobre o contexto, a história de vida, o dia-a-dia, as limitações, dificuldades e necessidades do cuidador informal de pessoas dependentes e se possuem formação relacionada com a tarefa que executam;
- Deter informação sobre o número de habitantes da freguesia de S. Victor, bem como a sua dimensão;
- Ter o conhecimento das respostas sociais existentes no Centro Social da Paróquia de S. Victor, bem como todo o seu funcionamento, em especial o SAD;
- Aprofundar saberes sobre a educação de adultos e intervenção comunitária, a educação permanente, a educação para a saúde e o envelhecimento em Portugal;
- Produzir saberes sobre ajudas técnicas para a tarefa de cuidar e exercícios de reabilitação, e os cuidados a ter na alimentação, transferências e posicionamentos.

1.3. Objetivos gerais da intervenção

- Melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais;
- Facilitar as tarefas diárias do cuidador informal.

1.4. Objetivos específicos da intervenção

- Promover o autocuidado;
- Incentivar para a recuperação de rotinas sociais;
- Desenvolver a autoestima;
- Potenciar momentos de partilha e de descontração;
- Sensibilizar para a adoção de posturas corporais corretas;
- Proporcionar novas aprendizagens inerentes à tarefa de cuidar;
- Estimular a recuperação do dependente.

2. Metodologia de investigação/intervenção

2.1. Paradigma de investigação/intervenção

O paradigma é um padrão que deve ser seguido, na medida em que orienta os procedimentos metodológicos do projeto.

“Um paradigma representa um conjunto de pressupostos, interligados que dizem respeito à realidade (ontologia), ao conhecimento dessa realidade (epistemologia) e às formas particulares de aproximação a essa realidade (metodologia). Cada investigador deve ser capaz de decidir que pressupostos são aceitáveis e apropriados para o tema de estudo e utilizar métodos ajustado no paradigma selecionado” (Crabtree & Miller, 1992, p. 8, citado por Moreira, 2007, p. 18).

O paradigma é uma imagem básica do objeto de uma ciência que serve para definir o objeto de estudo e para orientar toda a pesquisa: “O paradigma é a unidade mais geral de consenso dentro de uma ciência e serve para distinguir uma comunidade científica de outra(s)” (Ritzer, 1993, citado por Moreira, 2007, p. 18).

Este projeto assenta no **paradigma interpretativo-hermenêutico**. Aqui, existe uma relação próxima entre investigador e objeto de estudo (realidade humana) com o propósito de interpretar situações, bem como de “estudar os significados das ações humanas e da vida social” (Erickson, 1986, citado por Arnal, Rincón & Latorre, 1992, p. 41). Neste sentido, “o conhecimento só se obtém através de um processo de compreensão dos fenómenos, que permite a inteligibilidade interior que está na base do conhecimento do mundo social e da ação.” (Reis, 2010, p. 39).

A perspetiva interpretativa ressalta a compreensão e interpretação da realidade educativa, centrando-se na descrição e assimilação do que é único e particular do sujeito, pretendendo desenvolver “conhecimento ideográfico”, estudar as suas crenças, intenções, motivações e outras características do processo educativo, tendo em conta que a realidade é dinâmica, múltipla e abrangente (Arnal, Rincón & Latorre, 1992, p. 41).

Este paradigma insere-se no modelo de investigação qualitativa, que permite o recurso a um tratamento descritivo e interpretativo das ações observadas no seu ambiente habitual de ocorrência. Parte da dedução básica de que o mundo social é um mundo construído com significados e símbolos, o que implica a procura dessa construção. A abordagem qualitativa

permite penetrar o processo de construção social, com o intuito de descrever e compreender, detalhadamente, os meios através dos quais os sujeitos empreendem ações significativas (Moreira, 2007, p. 49).

Este modelo é rico em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, não se baseando a investigação na operacionalização de variáveis, mas sim em fenómenos que possuíam toda a sua diversidade e nos contextos naturais. Deste modo, tal como o salientam Bodgan & Biklen (1994, pp. 16, 49 e 70), a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador no instrumento principal, dando-lhe a oportunidade de abordar o mundo de forma minuciosa, permitindo reconhecer a importância do processo, viabilizando a compreensão do comportamento e experiência humana, mediante os quais as pessoas constroem significados.

2.2. Metodologia de investigação/intervenção

Numa investigação/intervenção, as metodologias são condutas que levam à construção de conhecimento e à intervenção comunitária. Deste modo, a metodologia que melhor se molda a este projeto de intervenção/investigação é a **investigação-ação participativa** (IAP), por ser uma metodologia de pesquisa prática.

Segundo Barbier (1985, p. 38) a investigação-ação tem a sua “origem como pesquisa psicológica de campo, e tem como objetivo uma mudança de ordem psicossocial”. A IAP inclui uma investigação e uma ação, procurando sempre um trabalho de desenvolvimento. Não se baseia, apenas, no estudo de uma realidade social, mas na transformação dessa mesma realidade, tendo em conta os interesses dos participantes. Desta forma, a IAP tem o propósito de resolver problemas existentes e intervir no sentido de mudança, não se limitando apenas à sua descrição, concedendo ao investigador a oportunidade de penetrar no mundo do sujeito que é objeto de estudo. Com efeito, é uma metodologia preciosa, visto que abrange componentes da investigação e da intervenção.

“Existem duas linhas de força implícitas nesta definição ampla, [por um lado] o desejo de melhorar a qualidade do que ocorre numa determinada situação e [por outro lado] [...] a necessidade de investigar essa situação. Esta noção remete para o conceito de desenvolvimento, [...] para o qual se requer a compreensão dos ambientes e das ações cuja mudança se deseja, mediante a prática da investigação do mesmo (Maximo-Esteves, 2008, p. 18).

O “ponto de partida desta metodologia não é a teoria e um quadro de hipóteses, mas uma situação, um problema, uma realidade concreta”, não tendo como objetivo só apresentar a realidade existente, mas solucionar ou atenuar os possíveis problemas existentes nessa realidade. Importa um processo contínuo, onde os “objetos” de conhecimento se constituam como “sujeitos” do conhecimento” (Guerra, 2002, pp. 53-54). O “sujeito” do conhecimento encontra-se no centro de todo o processo de investigação e intervenção, tornando-se numa componente valiosa e indispensável para todo o processo.

A IAP “está orientada para realizar uma investigação na vida social, com a finalidade de atuar de uma maneira mais eficaz sobre um aspeto da realidade, com o propósito de a transformar e modificar” (Ander-Egg, 1990, p. 35).

Esta metodologia “permite a produção de conhecimento sobre a realidade, a inovação o sentido da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a formação de competências dos intervenientes” (Guerra, 2002, p. 52).

Segundo Cohen e Manion (1990, p. 271) a investigação-acção participativa é “situacional, colaborativa, participativa e auto avaliativa”. É situacional na medida em que “se preocupa com o diagnóstico de um problema, num contexto específico e tenta resolvê-lo nesse contexto”. É também colaborativa “porque a equipa de investigação e os participantes trabalham juntos no projeto.” É participativa tendo em conta que “os mesmos membros da equipa assumem parte direta ou indireta da execução da investigação”. Por último, é auto avaliativa considerando que se “está avaliando continuamente as modificações dentro da situação em questão, tendo o objetivo de melhorar a prática.”

O investigador é um membro ativo de todo o processo, “um empenhado participante e aprendiz do processo de investigação” (Erasmie, 1983, p. 37). Não concerne ao investigador a tarefa de resolver sozinho os problemas detetados. O processo de intervenção deve ser planificado junto dos participantes, com o intuito de, em conjunto, encontrarem formas de resolução.

O projeto *cuidar de quem cuida: uma necessidade atual* recorreu a esta metodologia por ser um projeto que teve as suas raízes num grupo de pessoas, com o intuito de melhorar a realidade existente e estudada, tendo sempre por base as opiniões e os interesses dos participantes, elaborando todo o processo em volta destes, colocando-os no centro de todo o procedimento.

2.3. Métodos e técnicas de investigação

No decorrer do projeto foram utilizados métodos e técnicas, baseados no modelo qualitativo, que permitiram o seu desenvolvimento.

Deste modo, a primeira fase do projeto foi destinada à realização da investigação, utilizando técnicas que serviram de base para conhecer a instituição e o “sujeito” de estudo, permitindo fazer um diagnóstico de necessidades e interesses mais adequados à realidade, convertendo-se na chave para uma adequada planificação da intervenção. Para além desta fase, os métodos e técnicas utilizadas revelaram-se numa mais-valia ao longo de todo o projeto.

Como tal, ao longo do projeto foram vários os métodos e técnicas de investigação utilizados, tais como, a pesquisa e análise documental, observação direta/participante, conversas informais, entrevista exploratória, inquérito por questionário e narrativas com guião orientador.

A **pesquisa e análise documental** permitiu ter o primeiro contacto com o tema de estudo, obter informação a respeito da instituição, de outras investigações acerca do tema em estudo, possibilitando o alargamento de horizontes, e de informação bibliográfica indispensável para a realização de todo o projeto. Segundo Moreira (2007, p. 166) a “revisão bibliográfica ajuda à formulação de problemas, definição de hipóteses e da população de estudo e seleção da metodologia a usar.”

Qualquer que seja a sua natureza documental, o uso da informação aí disponível é praticamente indispensável numa investigação social. Por documentos entende-se todo “o material informativo sobre um determinado fenómeno [...]. Podem ser dos tipos mais diversos: livros, estatísticas, cartas, artigos de jornais e revistas, regulamentos, etc.” (Moreira, 2007, p.153). Existem dois tipos de documentos, os escritos e os não escritos (pinturas, fotografias, etc.).

A **observação direta/participante** foi utilizada ao longo do processo de investigação e intervenção.

Esta técnica envolve a presença do observador nos fenómenos que está a observar, obtendo um conhecimento mais profundo da realidade observada.

“A observação permite o conhecimento direto dos fenómenos tal como eles acontecem num determinado contexto. [...] Ajuda a compreender os contextos, as pessoas que nele se movimentam e as suas intenções” (Máximo-Esteves, 2008, p. 87).

A observação direta e participante ocorreu ao longo do projeto, desde a fase da conceção, passando para a implementação e terminando na avaliação, com o intuito de alcançar contacto com a realidade. Inicialmente, recorremos a esta técnica para a obtenção de informação acerca da instituição e do seu funcionamento e, posteriormente, para a aproximação junto dos cuidadores informais de pessoas dependentes e do contexto em que estavam inseridos, com o propósito da obtenção de informação acerca do “sujeito” de estudo. Na fase de implementação, recorremos a esta técnica para acompanhar o desenrolar das sessões e, intrinsecamente, para as avaliar, a nível da prestação dos utentes, com o intuito de analisar a sua prestação, interesse e satisfação.

A observação direta e participante que se executou no terreno foi, inicialmente, um tipo de observação ampla, mas posteriormente foi-se estruturando, adequando-a aos objetivos que se queria atingir.

Na observação direta “o investigador procede diretamente à recolha de informação sem de dirigir aos sujeitos” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 205). Através da observação direta, o investigador insere-se no contexto que pretende estudar, partilha parte do quotidiano do sujeito, com o intuito de compreender a realidade, as suas preocupações, motivações, interesses e dificuldades.

A observação é uma das atividades mais comuns da vida quotidiana, transforma-se numa poderosa ferramenta de investigação social, que procura o realismo e a reconstrução de significados. Um conhecimento social só se pode adquirir através da compreensão do ponto de vista dos atos sociais e através da participação na vida quotidiana (Moreira, 2007, pp. 177-179).

Aqui, o investigador contacta de forma direta um determinado grupo de pessoas, durante um período de tempo, no seu ambiente próprio, estabelecendo uma relação pessoal, com a finalidade de descrever as suas ações e compreender as suas motivações e expectativas (Moreira, 2007, p. 179).

As **conversas informais** foram uma técnica muito utilizada, ao longo do processo de planificação, execução e avaliação do projeto, com a finalidade de obter informações e estabelecer contacto permanente com os cuidadores, a instituição, os colaboradores do projeto e o orientador do estágio.

Estas, serviram para, transmitirmos ideias e pensamentos, partilharmos dificuldades e limitações, junto do orientador e da acompanhante de estágio. Tornou-se na ponte de ligação entre as nossas ideias e o orientador e as nossas ideias e acompanhante de estágio.

As conversas informais serviram como meio de aproximação aos cuidadores, na medida em que, os primeiros contactos foram baseados em conversas sobre vários assuntos, como forma de iniciar processo de aproximação e de construção da confiança.

Ao longo do processo de planificação e execução do projeto, esta técnica permitiu-nos ter contacto com os colaboradores do projeto, possibilitando a transmissão de informação de forma rápida e descomplicada, com o intuito de haver momentos de partilha de ideias e opiniões.

Em jeito de conclusão, as conversas informais são uma poderosa técnicas de pesquisa e obtenção de informação, tornando-se num reforço de outros métodos e técnicas.

A **entrevista** foi uma técnica de recolha de informação, utilizada na fase inicial do projeto, como forma de exploração para o diagnóstico de necessidades e na avaliação final.

Segundo Cohen e Manion (1990, p. 378), a entrevista pode servir para três fins. “O primeiro é que pode ser usada como meio principal para a recolha de informação referente aos objetivos de investigação. [...] Em segundo, pode utilizar-se para provar hipóteses ou para sugerir novas [...]. E por último, pode empregar-se em conjunto com outros métodos para executar uma investigação”.

A entrevista é um meio de comunicação verbal intencional, entre o entrevistador e o entrevistado, com o intuito de aquisição e absorção de informações de importância para o projeto de intervenção. “Este processo aberto e informal de entrevista é similar e sem dúvida diferente de uma conversa informal. O investigador e o entrevistado dialogam de uma forma que é um misto de conversa e perguntas deliberadas” (Erlandson, 1993, pp. 85-86, citado por Moreira, 2007, p. 203).

Quivy & Campenhout (2005, p. 74) dizem-nos que:

“a entrevista não é um interrogatório nem um inquérito por questionário. O excesso de perguntas conduz sempre ao mesmo resultado: o entrevistado depressa adquire a impressão de que lhe é simplesmente pedido que responda a uma série de perguntas precisas e dispensar-se-á de comunicar o mais fundo do seu pensamento e da sua experiência. As respostas tornar-se-ão cada vez mais breves e menos interessantes.”

Neste projeto, o objetivo consistiu em construir um diálogo com a acompanhante de estágio (ver apêndice 13), com o intuito de compreendermos a sua opinião sobre o projeto e o impacto que este teve na instituição. Como nos diz (Bodgan & Biklen, 1994, p. 134) “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao

investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.”

Foi realizada uma entrevista exploratória aos cuidadores sobre a sua tarefa de cuidar e o impacto que, esta tarefa, tem na sua vida. Aqui, o objetivo principal foi conhecer o ponto de vista do outro (ver apêndice 4). Esta entrevista foi do tipo aberta, possuindo poucas perguntas, possibilitando, assim, um diálogo aberto e rico em informação diversificada.

“As entrevistas exploratórias servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho, e não para verificar hipóteses preestabelecidas. Trata-se, portanto, de abrir o espírito, de ouvir, e não de fazer perguntas precisas, de descobrir novas maneiras de colocar o problema, e não de testar a validade dos nossos esquemas. A entrevista exploratória é uma técnica surpreendentemente preciosa para uma grande variedade de trabalhos de investigação social. [...] Além disso, constitui, para nós, uma das fases mais agradáveis da investigação: a da descoberta, a das ideias que surgem e dos contactos humanos mais ricos para o investigador” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 70).

Outra técnica utilizada foi o **inquérito por questionário**, utilizado em dois momentos do processo de investigação/intervenção do presente projeto.

“O inquérito por questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos [...] uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre outro ponto que interesse aos investigadores.” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 188).

Esta técnica foi utilizada na fase do diagnóstico de necessidades e interesses, bem como na avaliação contínua e final. Tanto na primeira como na segunda, o questionário era constituído por questões abertas e fechadas, permitindo conceber maior diversidade de respostas, dando oportunidade ao inquirido de se expressar livremente, não limitando todas as respostas. Na fase do diagnóstico de necessidades e interesses foi aplicado o inquérito por questionário, com o intuito de obter dados acerca dos cuidadores, dos dependentes e da tarefa de cuidar, permitindo adquirir elementos para estruturar uma intervenção coerente e adequada às necessidades e interesses dos cuidadores (ver apêndice 3). Aqui, o inquérito por questionário foi de administração indireta, na medida em que fomos nós a ler as questões e a preencher o

questionário consoante as respostas dos cuidadores. Optamos por esta administração, para termos a certeza que as questões eram bem interpretadas e para gerar diálogo acerca dos temas que o questionário abordava.

Na fase da avaliação, o inquérito por questionário foi utilizado como técnica para compreender a satisfação dos cuidadores acerca das atividades, bem como as suas sugestões para futuras intervenções. O inquérito por questionário da avaliação de acompanhamento e final (ver apêndice 8 e 11) foi de administração direta, na medida em que “é o próprio inquirido que o preenche. O questionário é-lhe então entregue em mão por um inquiridor encarregado de dar todas as explicações uteis [...]” (Quivy & Campenhoudt, 2005, p. 188).

O inquérito por questionário permite trabalhar alguns dados de modo a facilitar a sua leitura e compreensão.

Concluindo, o inquérito por questionário é uma “estratégia de recolher informações estruturadas, perguntando diretamente e de modo uniforme às pessoas implicadas nos fenómenos sociais estudados, [...] abarca situações muito diversas [...]” (Moreira, 2007, p. 231).

A **narrativa com guião orientador** foi mais uma técnica utilizada na fase do diagnóstico de necessidades e interesses, com o objetivo de compreender o que mudou na vida do cuidador após ter iniciado a tarefa de cuidar (ver apêndice 6). Aqui, foram abordados dois momentos da história do sujeito, o passado e o presente, ou seja, a vida antes de ser cuidador e a vida enquanto cuidador.

É um procedimento de investigação, que assenta na recolha intensiva de dados de carácter biográfico, sobre uma ou mais pessoas. Esta técnica é riquíssima em pormenores e informação, possibilitando ao “sujeito” de estudo falar livremente sobre uma determinada experiência.

Contudo, é delicada, na medida em que, toca em emoções e sentimentos, o que exige maior preparação por parte do investigador.

A experiência de narrar a história de vida, oferece, àquele que a conta, uma oportunidade de relembra-la dando significado à sua vida. A narração de histórias de vida, é um momento de falar nas crenças do indivíduo, uma valorização do eu e da sua própria história, traduzindo não apenas “a verdade subjetiva do narrador, mas também o modo como essa verdade é produzida num momento e num contexto histórico e social particular” (Brandão, 2010, p. 52).

O objetivo deste tipo de estudo é, fundamentalmente, apreender e compreender a vida conforme é relatada e a forma como o próprio indivíduo interpreta a sua história. Do lado do investigador importa salientar o aspeto da capacidade de escuta e de reflexão.

O que diferencia este método, doutros métodos idênticos, é o respeito que o investigador tem pela opinião do narrador. No relato de vida, o que interessa ao investigador é o ponto de vista do sujeito. O objetivo deste tipo de investigação é justamente apreender e compreender a vida conforme ela é relatada e interpretada pelo próprio ator.

Por último, mas não menos importante, apresentamos **a análise temática de conteúdo**, que foi uma técnica muito utilizada ao longo de todo o processo de investigação/intervenção.

A análise temática de conteúdo é a “tarefa de interpretar e tornar compreensíveis os materiais recolhidos” (Bogdan & Biklen, 1994 p. 205).

Esta técnica foi utilizada ao longo de todo o processo de investigação e intervenção, como forma de analisar, interpretar e organizar as informações recolhidas por outras técnicas. Foi fulcral para a elaboração do plano de ação, na medida em que foi necessário analisar ao pormenor as entrevistas, os inquéritos e as histórias de vida.

Este método tem como vantagens: “a precisão e o rigor metodológico; a capacidade dos meios informáticos que permitem a rapidez na manipulação de um grande número de variáveis; e a clareza dos resultados e dos relatórios de investigação, nomeadamente no recurso a apresentação gráfica” (Quivy & Campenhoudt, 2000, p. 224).

Segundo Bogdan & Biklen (1994 p. 205), a análise temática de conteúdos:

“é o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, denotas de campo e de outros materiais que foram sendo acumuladas, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho dos dados, a sua organização, divisão [...], síntese, [...] descoberta de assuntos importantes e do que deve ser apreendido [...].”

2.4. Métodos e técnicas de educação/formação

A segunda fase deste projeto destinou-se à realização da implementação do projeto, traduzindo-se na fase de intervenção, que contou com o intuito de atenuar as dificuldades e necessidades detetadas, melhorando, assim, a realidade estudada.

Para tal, recorreremos a vários métodos e técnicas de intervenção, tais como: sessões (in)formativas; o acompanhamento social; escuta ativa e dinâmicas de grupo.

A utilização das **sessões de (in)formação**, consistiu em esclarecer os cuidadores sobre técnicas, dicas e conhecimentos a empregar na sua tarefa. Este método tornou-se numa mais-valia, visto que esteve sempre focado nos interesses do público, abordando a prática, apelando à interação e partilha de saberes e experiência entre os cuidadores, tornando-os agentes ativos das sessões. Relacionar a teoria com a prática foi a chave para a mensagem ter sido bem passada e para o objetivo ter sido atingido, gerando aprendizagem significativa e cooperativa.

As **dinâmicas de grupo** foram, também, utilizadas ao longo da fase de implementação do projeto, tornando-se numa mais-valia, na medida em que favorecem a interação e a comunicação entre todos os membros de um grupo, levando a momentos de reflexão e de partilha. É importante referir que “aprender não é, apenas, um problema do indivíduo isolado” (Freitas e Freitas, 2002, p. 16). O ser humano desenvolve-se em comunidade e no contacto com o outro, tendo a consciência de que muitos dos seus saberes constroem-se e desenvolvem-se em interação com o outro. As dinâmicas de grupo fomentam a motivação dos participantes, na medida em que, são indivíduos ativos no processo.

O **acompanhamento social** foi outra das técnicas a que recorreremos. O ser humano é um ser social, e nada melhor do que desenvolver relações sociais para se sentir parte integrante da sociedade.

O objetivo desta técnica consistiu em acompanhar os dependentes à rua, oferecendo-lhes oportunidade de disfrutarem de momentos de convivência social, dando, aos cuidadores, comodidade para terem um momento de abstração da tarefa de cuidar.

Outra técnica utilizada foi a **escuta ativa**. Embora ouvir seja algo que o ser humano faça no seu dia-a-dia e de forma inconsciente, o saber escutar vai muito para além de simplesmente ouvir o outro. Para haver escuta é necessário existir uma comunicação interpessoal, um emissor, uma mensagem e um recetor. Saber escutar consiste em estar com atenção aquilo que está a ser transmitido. É ter a capacidade de interpretar a mensagem que

está a ser passada. Para saber escutar, o investigador tem de colocar de parte os seus preconceitos e concentrar-se unicamente na compreensão do significado da mensagem.

3. Recursos mobilizados e limitações do processo

3.1. Recursos mobilizadores

Para que o projeto seja exequível e atinja os objetivos que foram delineados, foi necessário mobilizar um conjunto de recursos (humanos, materiais, físicos e financeiros), que garantam o seu sucesso e eficácia.

Deste modo, os **recursos humanos** mobilizados neste projeto foram: a estagiária (responsável pelo projeto), os cuidadores informais, duas AAD (funcionárias do Centro Social da Paroquia de S. Victor), um elemento da Cruz vermelha (delegação de Braga), um enfermeiro da Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira, a Prof. Doutora Clara Costa Oliveira (docente na Universidade do Minho) e a Prof. Doutora Esperança do Gago Alves, também docente na universidade do Minho.

No que diz respeito aos **recursos materiais**, recorreremos à utilização de mesas, cadeiras, projetor, computador portátil, folhas de papel e canetas. Todos estes materiais foram cedidos pela instituição, salvo o computador portátil que pertencia aos colaboradores.

Relativamente aos **recursos físicos**, utilizamos uma das salas de catequese, pertencente à paroquia de S. Victor e a habitação dos cuidadores.

Por último, não foram utilizados **recursos financeiros**, todo o material utilizado já existia na instituição.

3.2. Limitação do processo

Ao longo do desenvolvimento deste projeto, foi evidente o aparecimento de algumas limitações, que exigiram que fossem efetuados alguns ajustes ao plano de intervenção.

A primeira limitação apontada foi a calendarização das sessões, na medida em que foi difícil encontrar um horário compatível para os cuidadores e para os colaboradores do projeto. Contudo, e como com dedicação tudo se consegue, foi possível agendar todas as sessões de forma a satisfazer ambas as partes.

A segunda limitação identificada foi a falta de comparência do público-alvo. Na maior parte das sessões faltaram cuidadores, sempre por motivos de última hora, o que não permitia adiar a sessão. Isto, foi uma limitação para nós, na medida em que era importante que participassem em todas as atividades, mas, infelizmente, não conseguimos impedir que isto acontecesse.

A resistência à comparência de alguns cuidadores a meio do projeto foi a terceira limitação identificada. Estes alegaram que era muito transtorno deslocarem-se para as sessões, o que levou à alteração do plano de ação e da calendarização de algumas sessões, tendo de as adaptar às habitações dos cuidadores e, como passariam a ser individuais, aumentar o número de intervenções.

A quarta limitação, embora não tenha acontecido diretamente no projeto, não deixou de ser uma limitação para a concretização do mesmo. Pouco tempo após começar o estágio, surgiu uma proposta de emprego que decidimos abraçar. Esta decisão não foi fácil, foi ponderada, mas devido a vários fatores foi aceite. Com esforço e sem em nada prejudicar as horas de dedicação ao estágio regularmente previstas (as quais, aliás, no cômputo geral, foram mesmo ultrapassadas), conseguimos conduzi-lo até ao final, mas não foi tarefa fácil.

O facto deste projeto exigir a colaboração de profissionais de distintas áreas, tornou-se numa limitação, na medida em que nem sempre conhecíamos alguém com as características que desejávamos. Tivemos de pedir auxílio à acompanhante de estágio e a pessoas amigas, bem como realizar pesquisa na Internet.

Por último, gostávamos de mencionar que o facto da nossa acompanhante de estágio ter estado três meses de licença de maternidade fez com que, durante esse período de tempo, não contássemos com a sua presença, o que não facilitou o nosso trabalho.

4. Métodos de avaliação

A avaliação é uma fase imprescindível num projeto, visto ser a fase que evidencia a pertinência e a eficácia do mesmo, aos olhos de quem participou no projeto.

A avaliação acompanha qualquer prática. Ela não se apresenta só na fase terminal, mas também através das avaliações intermédias (Boutinet, 1990, p. 267). Guerra (2002, p. 186), segue a mesma linha de pensamento de Boutinet e diz-nos que “a avaliação não é uma simples medição de resultados finais; é um processo contínuo articulado com a ação, e os resultados finais são uma parte da avaliação.”

Este projeto contou com três momentos de avaliação, a saber: a diagnóstica, a de acompanhamento e a final. Desta forma, a avaliação utilizada neste projeto, vai ao encontro da chamada “avaliação segundo a temporalidade”, de Guerra (2002, p. 195), que engloba a avaliação diagnóstica, a avaliação de acompanhamento, a avaliação final e a avaliação do impacto. A avaliação diagnóstica “pretende proporcionar elementos que permitam decidir se o projeto deve ou não ser implementado”, a avaliação de acompanhamento “avalia a forma de concretização do projeto e dá elementos para o seu afinamento ou a sua correção” e por fim, a avaliação final que “mede os resultados e efeitos do projeto”.

A riqueza de uma avaliação provém dos significados que ela suporta. Neste projeto, para além do que foi mencionado no parágrafo anterior, um dos grandes significados inerentes à avaliação foi a aprendizagem. Como tal, aqui a avaliação foi “entendida como um processo de aprendizagem, tratando-se de um instrumento de reflexão e de racionalização face a contextos e resultados de ação” (Guerra, 2002, p. 187). “Avaliar é conscientizar a ação educativa” (Sant’anna, 1997, p. 32)

A fase da avaliação diagnóstica (ver apêndice 3, 4 e 6) serviu para conhecer o público-alvo, a realidade em que estão inseridos, a sua história de vida, detetar necessidades e interesses destes e criar uma relação de proximidade. Para ser possível a concretização desta fase, foi necessário utilizar um inquérito por questionário, uma entrevista exploratória e a narrativa com guião orientador.

A fase da avaliação de acompanhamento (ver apêndice 8) aconteceu ao longo da implementação do projeto, no final da execução de cada atividade, com o objetivo geral de compreender se a atividade tinha ido ao encontro das suas expectativas e que aprendizagem retiravam de cada uma. Para tal, foi implementado um inquérito por questionário, a observação participante e as conversas informais.

A avaliação final (ver apêndice 11 e 13) foi implementada com o intuito de avaliar o projeto de modo geral, em compreender se este foi importante por eles, se se sentiram acompanhados ao longo de todo o processo, e o impacto que o projeto teve na sua vida.

A junção da avaliação de acompanhamento e a avaliação final, permitiram compreender o impacto que o projeto teve na vida de cada cuidador, através da análise dos dados.

Todo este processo de avaliação permitiu estar em constante contacto com os cuidadores, e estarmos atualizados acerca do seu grau de satisfação e das limitações que iam

surgindo, permitindo ter a oportunidade de ajustar o projeto, impedindo que estas influenciassem negativamente o desenrolar do mesmo.

Capítulo IV

Apresentação e discussão do processo de intervenção

No presente capítulo, encontrará apresentado o trabalho de investigação/intervenção desenvolvido em articulação com os objetivos definidos. Posteriormente, deparar-se-á com a descrição das atividades realizadas e não realizadas. Seguidamente, indicamos os resultados obtidos com o projeto e finalizamos com a discussão dos resultados em articulação com os referencias teóricos mobilizados.

1. Apresentação do trabalho de investigação/intervenção desenvolvido em articulação com os objetivos definidos

Como já foi mencionado nas páginas anteriores, este projeto foi desenvolvido em fases. A primeira, foi a fase de integração na instituição, a segunda foi a fase de diagnóstico, a terceira foi a fase de implementação do projeto e a quarta fase de avaliação (ver tabela 2).

Tabela 2 - Cronograma

Fases do projeto	Atividades	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Junho
1ª Fase: Integração na instituição	Conversas informais com a técnica, as AAD e os clientes do SAD.										
	Acompanhamento das tarefas realizadas pela técnica e pelas AAD.										
	Inquérito por questionário										

2ª Fase: Diagnóstico	aplicado aos cuidadores										
	Entrevista aplicada aos cuidadores										
	Narrativas realizadas aos cuidadores										
	Pesquisa e análise documental										
	Análise temática de conteúdo										
	Conversas informais com a técnica e os cuidadores										
	Observação direta/participante										
3ª Fase: Implementação	Atividade: “Primeiros socorros”										
	Atividade: “Ser cuidador”										
	Atividade: “Companhia”										
	Atividade: “Escuta ativa”										
	Atividade: “Cuidar de mim”										
	Atividade: “Sentimentos e emoções”										

	Atividade: “Vamos mudar hábitos”											
	Atividade: “Que mais posso eu fazer?!”											
	Atividade: “Guia para o cuidador”											
4ª Fase: Avaliação	Inquérito por questionário aos cuidadores											
	Conversas informais com os cuidadores											
	Entrevista à acompanhante de estágio											

(Fonte: Mestranda)

Neste capítulo vamos abordar a terceira e a quarta fase do projeto. Na terceira fase, foram realizadas diferentes atividades, pensadas com o público-alvo, respondendo sempre aos seus interesses, necessidades e motivações. Já na quarta fase foram aplicados inquéritos por questionário, realizadas conversas informais e uma entrevista realizada à acompanhante de estágio.

Dentro do tema “ser cuidador” foram realizadas quatro atividades, designadas por: “ser cuidador”, “cuidar de mim”, “sentimentos e emoções” e “guia para o cuidador”. O tema “primeiros socorros” contou com a atividades dos primeiros socorros, já o tema “dependência” baseou-se na atividade intitulada de “que mais posso eu fazer?!”. “Alimentação e mobilidade” foi o nome dado ao tema que aglomerou a atividade “vamos mudar hábitos”. Por último, temos o tema “libertar o cuidador” que contou com a atividade “acompanhamento” e a “escuta ativa” (ver tabela 3).

Tabela 3: Temáticas

Temas	Atividades
Ser cuidador	“Ser cuidador”
	“Cuidar de mim”
	“ Sentimentos e emoções”
	“Guia para o cuidador”
Primeiros Socorros	“Primeiros socorros”
Dependência	“Que mais posso eu fazer?!”
Alimentação e mobilidade	“Vamos mudar hábitos”
Libertar o cuidador	“Companhia”
	“Escuta ativa”

(Fonte: Mestranda)

2. Descrição das atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas neste projeto foram pensadas tendo em conta os resultados obtidos na fase de diagnóstico. Toda a sua elaboração foi pensada segundo os princípios e fundamentos da educação permanente, dando incidência à educação de adultos e à educação para a saúde.

A implementação das atividades foi realizada em horários da conveniência do público-alvo e tendo em conta a nossa disponibilidade. Nalgumas sessões, os horários tiveram de ser definidos segundo a disponibilidade dos colaboradores em conjunto com a disponibilidade dos cuidadores e a nossa disponibilidade.

Seguidamente, apresentamos as atividades realizadas, com a respetiva avaliação, bem como as atividades planificadas, mas não realizadas, e as atividades extraplano. Cada atividade será descrita e contará com os resultados da análise da avaliação de acompanhamento.

Posteriormente, encontra-se o resultado da análise da avaliação final, bem como uma apreciação geral feita pela acompanhante de estágio.

2.1. Atividades realizadas

✓ Atividade I: Primeiros Socorros

A expressão “primeiros socorros” indica-nos que são cuidados imediatos prestados no local, com o objetivo de estabilizar a vítima, evitando o agravamento do estado físico até à chegada de assistência médica.

Esta atividade foi realizada no mês de janeiro e teve a duração de noventa minutos. Contou com o apoio de um membro da Cruz Vermelha Portuguesa e teve lugar numa das salas de catequese pertencentes à paróquia de S. Victor, tendo como objetivo: fornecer informação útil e pertinente aos cuidadores informais sobre técnicas de primeiros socorros, com o intuito destes estarem preparados para atuar em caso de emergência.

Iniciou-se com uma breve apresentação do orador e dos cuidadores, seguida da explicação acerca da importância dos cuidadores terem conhecimentos em técnicas de primeiros socorros. Posteriormente, foram abordados alguns temas, tais como:

- Qual a entidade que atende as chamadas do 112 e que informação se deve transmitir;
- Como identificar um AVC e os procedimentos a ter após a identificação;
- Procedimentos e técnicas a utilizar numa situação de engasgamento.

No final da sessão, os cuidadores puderam esclarecer dúvidas e colocar questões, criando um momento de partilha e esclarecimento.

Esta sessão teve o auxílio de exemplos práticos com recurso aos participantes.

Nesta atividade participaram seis cuidadores, um elemento da cruz vermelha portuguesa, delegação de braga e nós. O nosso papel nesta atividade consistiu na realização de observação direta.

Os participantes, demonstraram muito entusiasmo em participar nesta atividade, intervieram várias vezes para colocar questões, para dar o seu testemunho de casos práticos já vivenciados e para esclarecer dúvidas que foram surgindo durante a sessão.

Avaliação

Todos os cuidadores gostaram da sessão, dois deles mencionaram que esta superou as suas expectativas e os restantes quatro aludiram que a sessão respondeu totalmente às suas expectativas (ver apêndice 8).

Na totalidade, mencionam que esta atividade foi interessante e rica em aprendizagens. Uns mencionaram que ficaram esclarecidos sobre como funciona o número de emergência médica e que tipo de informações se devem transmitir. Outros indicaram que aprenderam a detetar os sintomas de um *AVC* e como atuar enquanto a ambulância está a caminho. Dois dos seis cuidadores deram mais destaque ao engasgamento, tendo mencionado que aprenderam como atuar no caso de o seu dependente se engasgar (ver apêndice 8).

Quanto ao tema das próximas sessões, dois dos seis cuidadores mencionaram que gostavam de ver abordado o tema das transferências e posicionamentos, dois dos seis mencionaram que gostavam de estar mais esclarecidos sobre como melhorar a mobilidade da pessoa dependente. Já um dos seis cuidadores mencionou que gostava de aprender a lidar melhor com a doença do seu dependente (ver apêndice 8).

✓ **Atividade II: Ser Cuidador**

Sentimos que neste projeto era importante refletirmos juntos dos cuidadores sobre algumas questões inerentes à tarefa de cuidar.

Esta sessão foi realizada em fevereiro, teve lugar numa das salas de catequese pertencente à paróquia de S. Victor, contou com a nossa participação e dos seis cuidadores. Para esta sessão foi necessário mobilizar duas AAD, com o propósito destas realizarem companhia a dois dependentes.

O objetivo desta atividade, consistiu em colocar os cuidadores a refletirem sobre a tarefa que exercem, proporcionando um momento de partilha de opiniões e experiências, oferecendo um momento de descontração e convívio. A atividade teve a duração de aproximadamente noventa minutos.

Os cuidadores sentaram-se em círculo, com o intuito de proporcionar e facilitar um discurso mais fluido, interativo e interventivo. Abordaram-se os seguintes temas: o que é ser cuidador e quais os direitos e deveres de um cuidador, aos olhos dos cuidadores.

Nesta atividade, os cuidadores mostraram-se muito comunicativos e interventivos, demonstrando que esta tarefa de cuidar de alguém dependente tem muito que se lhe diga. Houve troca de opiniões, experiências, sorrisos e boa disposição.

Avaliação

Todos os cuidadores mencionaram que a atividade respondeu totalmente às suas expectativas. Indicaram que não houve aprendizagens, mas que houve um bom momento de partilha de opiniões e de reflexão, considerando a atividade interessante (ver apêndice 8).

No que diz respeito aos temas a abordar nas próximas sessões, mencionaram que gostavam de ver abordados temas como a alimentação, mobilidade e como lidar com demências (ver apêndice 8).

✓ Atividade III: Companhia

Esta atividade foi realizada semanalmente, desde o mês de fevereiro até junho, e consistiu em, durante hora e meia (o tempo de duração de cada sessão) acompanhar, de forma individual, os dois dependentes que sofrem de demência. Com o intuito do cuidador utilizar esse tempo para descansar, realizar algumas tarefas e recuperar atividades sociais que, com a presença do dependente, não seria possível. Para além do cuidador, o dependente também usufruiu com esta atividade na medida em que, conviveu com outras pessoas, deixando-o bem-disposto transmitindo, posteriormente, esse estado de espírito ao cuidador.

O objetivo desta atividade consistiu em libertar o cuidador, para este poder estar abstraído da tarefa de cuidar, podendo realizar atividades do seu agrado. Esta atividade apenas se destinou a dois cuidadores, por terem sido os únicos a aceitar o desafio.

Nas sessões realizamos caminhadas, com o intuito de realizar estímulos físicos, executamos estimulação da memória, com recurso a conversas informais e concretizamos estimulação cognitiva, nos dias de muito frio e chuva, com recursos a jogos de mesa (dominó e cartas).

Ao longo desta atividade foi possível ver a alegria do cuidador, a boa disposição e o facto de todas as vezes nos agradecer, demonstrou a existência de um sentimento de gratidão pela mudança que proporcionamos na sua vida.

Esta atividade teve como recursos físicos a casa do cuidador e a rua. Contou com a nossa participação em conjunto com um dependente, por sessão.

Avaliação

Os dois cuidadores que participaram nesta atividade mencionaram que a atividade superou as suas expectativas e que foi interessante (ver apêndice 8).

Ambos mencionaram que é bom ter tempo para si, para fazerem as suas tarefas e para estarem um pouco sozinhos (ver apêndice 8).

✓ **Atividade IV: Escuta ativa**

Esta atividade foi colocada em prática semanalmente, ao longo de cinco meses. Surgiu da necessidade que os cuidadores demonstraram em terem alguém com quem conversar, alguém que simplesmente os ouvisse e que se preocupe com eles.

Assim sendo, teve como objetivo o acompanhamento dos cuidadores, possibilitando, assim, saber como tinha sido a sua semana, ouvir as novidades que tinham para contar, as lamentações, as preocupações e as alegrias. Para além disto, esta atividade serviu também para sensibilizar o cuidador a sair mais vezes de casa, incentivá-lo a recuperar uma ou outra atividade social. Acerta altura, esta atividade serviu, igualmente, para percebermos o impacto que as restantes atividades estavam a ter na vida do cuidador e se estes estavam a adotar os conselhos, bem como os ensinamentos transmitidos noutras sessões. Mas, acima de tudo surgiu com o objetivo de estarmos ali para ouvir o cuidar, para lhes darmos atenção.

Ao longo dos cinco meses, visitamos os cuidadores semanalmente na sua habitação. Normalmente íamos sempre no mesmo dia de semana e à mesma hora. Cada sessão tinha a duração de aproximadamente sessenta minutos e contou com a nossa participação em conjunto com um cuidador e dependente, por sessão.

Esta atividade permitiu a existência de uma relação próxima entre nós e os cuidadores e entre nós e os dependentes e um conhecimento mais profundo acerca da realidade de cada um.

Avaliação

Cinco dos seis cuidadores mencionaram que a atividade superou as suas expectativas e um outro mencionou que a atividade respondeu totalmente às suas expectativas. Ambos indicaram que a atividade foi interessante e que aprenderam que lhes faz bem, e que é importante ter alguém com quem conversar, alguém que se preocupe com eles e que lhes faça companhia (ver apêndice 8).

✓ **Atividade V: Cuidar de mim**

Os cuidadores, diariamente, prestam cuidados constantes à pessoa que está a seu cuidado. No entanto, a forma como os cuidados são prestados nem sempre salvaguardam a saúde física do cuidador. Como tal, esta atividade teve o objetivo de apresentar estratégias e técnicas de atuação que preservem a saúde e o bem-estar dos cuidadores.

A atividade realizou-se em março e contou com a participação de um enfermeiro da Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira, que partilhou com os cuidadores algumas técnicas e estratégias de promoção de um autocuidado. Nesta atividade realizamos observação direta.

Iniciou-se a sessão com a apresentação do orador e dos participantes, passando para um momento de reflexão acerca da importância do cuidador. Posteriormente, foram abordadas técnicas de transferência e posicionamento, explicando a postura que o cuidador deve adotar. Aqui, para além de se explicar como agir, foi importante perceber como os cuidadores realizavam as transferências e posicionamentos, com o intuito de seres corrigidos.

A última parte, foi destinada a questões e dúvidas, proporcionando um momento de esclarecimentos e partilha de experiências.

Nesta atividade, os cuidadores mostraram muito ânimo em partilhar a forma como eles realizam as tarefas, encheram-se de boa disposição, gerando um momento agradável de partilha de experiências e conhecimentos.

Para esta atividade foram convidados quatro cuidadores, que cuidam de dependentes com mobilidade reduzida e/ou sem mobilidade. Todos estiveram presentes.

A atividade foi pensada para ser realizada em duas sessões. A primeira sessão decorreu como tinha sido planeada, mas a segunda sessão não foi realizada devido à falta de comparência dos cuidadores convidados. Posteriormente, não foi possível repor a sessão devido à falta de compatibilidade de horários entre o colaborador e os cuidadores. No entanto, os temas que iriam ser abordados, foram mencionados numa atividade posterior, com outro colaborador.

Avaliação

Todos os cuidadores consideraram que a atividade respondeu totalmente às suas expectativas. Os quatro cuidadores mencionaram que a atividade trouxe aprendizagens no que diz respeito à postura a ter na realização de transferências e posicionamentos (ver apêndice 8).

Consideraram a atividade interessante e mencionaram que gostavam de ver abordado, numa próxima sessão, o tema da mobilidade e estratégias para aprender a lidar com a demência (ver apêndice 8).

✓ **Atividade VI: Sentimentos e emoções do cuidador**

Esta atividade foi executada pela Doutora Clara Costa Oliveira, diretora do mestrado em que o estágio se inseriu, e ocorreu no mês de abril, tendo lugar numa das salas de catequese pertencentes à paróquia de S. Victor.

O objetivo desta atividade residiu em compreender e interpretar os sentimentos, as emoções e as motivações dos cuidadores informais, desenvolvendo estratégias para aprenderem a lidar com as próprias emoções, tornando o ato de cuidar numa tarefa menos esgotante, tendo em conta a sensibilização para a promoção do autocuidado.

Cada sessão contou com a participação de um par de cuidadores, o que exigiu que fossem feitas três sessões. Isto sucedeu-se com o intuito de facilitar a transmissão de sentimentos e emoções de cada participante e para impedir que, pelo facto de estarem várias pessoas dentro da mesma sala, se criassem entraves à comunicação espontânea. Como tal, cada sessão contou com a presença de dois cuidadores, da Doutora Clara Costa Oliveira e da nossa presença. Cada sessão teve a duração de sessenta minutos.

Nestas sessões, os cuidadores falaram da sensação de ser cuidador, dos sentimentos e emoções inerentes a esta tarefa. Aqui, a convidada ouviu os cuidadores e posteriormente apresentou estratégias para estes adotarem, com o intuito de lidarem melhor com os constrangimentos do dia-a-dia, com a doença da pessoa que está a seu cargo e, acima de tudo, para conseguirem pensar mais no seu autocuidado. O autocuidado provém da realização pessoal, do seu bem-estar físico e psicológico. Aqui, houve uma sensibilização para a recuperação de atividades sociais e para a convivência com outras pessoas.

Nesta sessão, os cuidadores, no geral, mostraram à-vontade para falarem sobre o tema, transformando a sessão num momento íntimo, em que os cuidadores “baixaram as armas” e mostram as suas fragilidades.

Esta atividade contou com a participação dos seis cuidadores e da convidada. Nós ocupamos o lugar de observadores diretos. Para esta atividade foi necessário mobilizar duas AAD, com o propósito destas realizarem companhia a dois dependentes, enquanto os cuidadores estavam presentes nas sessões.

Avaliação

Todos mencionaram que a atividade respondeu totalmente às suas expectativas.

No geral, todos ficaram sensibilizados para pensarem mais neles próprios, em recuperar algumas atividades sociais e aprenderam estratégias para lidar melhor com a doença da pessoa que está a seu cuidado (ver apêndice 8).

Referiram que gostavam de ver abordado, nas próximas atividades, o tema da alimentação e do exercício físico (ver apêndice 8).

✓ Atividade VII: Vamos mudar hábitos

Esta atividade foi realizada em duas sessões e contou com a colaboração da Prof. Doutora Esperança do Gago Alves, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

A primeira sessão foi realizada no início do mês de abril e teve lugar numa das salas pertencentes à paróquia de S. Victor. Esta sessão teve o objetivo de compreender os motivos da dependência, os hábitos dos dependentes e as estratégias utilizadas pelo cuidador para estimular a recuperação do dependente, com o intuito de atenuar as tarefas dirigidas ao cuidador.

Para esta atividade apenas foram convidados os cuidadores de pessoas com mobilidade muito reduzida e/ou sem mobilidade. Sendo assim, foram convidados quatro cuidadores, mas apenas dois estiveram presentes. Nesta atividade, realizamos observação direta.

Aqui, os cuidadores tiveram de falar das tarefas e hábitos do seu dia-a-dia, bem como dos problemas de saúde, dos hábitos e do dia-a-dia da pessoa dependente. Os cuidadores demonstraram dificuldade em focarem a conversa em torno de si, dado estarem muito habituados, no seu dia-a-dia, a falar no dependente, acabando por desviar as respostas para este público. No entanto, com alguma persistência conseguiu-se focar a sessão nos cuidadores.

Os cuidadores mostraram-se à-vontade para falar sobre a sua tarefa, apresentaram agrado pela sessão, na medida em que houve troca de experiências e mostraram cumplicidade entre eles. Posto isto, decidiu-se, juntamente com os cuidadores, que a próxima sessão seria em casa do dependente, para a colaboradora conhecer a pessoa em questão, com o objetivo de conseguir aconselhar e sensibilizar para a realização de exercício físico de reabilitação e melhores hábitos alimentares, explicando-lhes o impacto que esta alteração de hábitos terá na sua vida e na vida do cuidador.

A segunda sessão realizou-se, então, na habitação dos dependentes, no final do mês de abril e contou igualmente, com a colaboração da Prof. Doutora Esperança do Gago Alves. Foram convidados os quatro cuidadores de dependentes com mobilidade reduzida e /ou sem mobilidade, mas um deles não conseguiu participar, devido a um constrangimento de última hora. Assim, nesta sessão participaram três cuidadores e três dependentes.

Num primeiro momento houve a apresentação da Prof. Doutora Esperança do Gago Alves e um breve diálogo entre a colaboradora e a pessoa dependente, acerca do seu estado, abordando as suas rotinas, dificuldades, quais foram as suas conquistas desde que se encontra nesta situação e onde sente maior limitação. Posteriormente, a Prof. Doutora Esperança do Gago Alves realizou o toque terapêutico nos dependentes, nas zonas que lhes causavam maior dor e nas que se encontravam com mais limitações, com o intuito de exercitar os músculos e aliviar a dor.

Seguidamente, avançamos para a questão dos exercícios físicos de reabilitação, tendo a colaboradora exemplificado, junto da pessoa dependente, alguns exercícios adequados às respetivas condições físicas, com o intuito de incentivar e motivar a pessoa dependente a fazê-los diariamente para conseguir recuperar alguma autonomia, ajudando, assim, o cuidador, nalgumas tarefas, como, por exemplo, nos posicionamentos, transferências e higiene pessoal.

Um dos grandes desafios desta sessão foi a sensibilização para a mudança de hábitos e mentalidades, na medida em que, em conjunto com a colaboradora, sensibilizamos o cuidador a motivar o dependente para a realização de exercícios físicos de reabilitação, incentivando-o a iniciar um processo de introdução ao auxílio do cuidador.

Outro dos desafios consistiu em sensibilizar os dependentes para a realização de exercício físico de reabilitação, não se deixando vencer pela incapacidade, realçando-lhes que o que hoje é difícil amanhã, com persistência, torna-se mais fácil.

Posteriormente, foi explicado o porquê da importância dos exercícios, mencionando os benefícios pessoais, mas também os benefícios que, a sua recuperação, trará à vida do cuidador.

Para terminar, foi abordado o tema da alimentação, através da sensibilização para a utilização de produtos menos calóricos e com menos teor de gordura, possibilitando uma redução do peso, facilitando, assim, a recuperação da pessoa dependente. Aqui, foram mencionadas algumas receitas saudáveis e saborosas, que podem ser uma alternativa às menos saudáveis.

Cada sessão teve a duração de aproximadamente duas horas em cada residência e contou com a participação de quatro cuidadores. Nesta atividade auxiliamos a colaboradora e realizamos observação direta.

Avaliação

Todos os cuidadores mencionaram que a atividade respondeu totalmente às suas expectativas e que foi interessante. Indicaram que adquiriram conhecimentos importantes no que diz respeito à alimentação e mobilidade (ver apêndice 8).

Quanto aos temas que gostariam de ver abordados nas próximas sessões, uns não responderam e os restantes mencionaram que achavam que já tinham sido abordados os temas mais importantes (ver apêndice 8).

✓ Atividade VIII: Que mais posso eu fazer?!

Esta atividade foi realizada juntos de quatro cuidadores e dos dependentes nas suas habitações.

Nesta atividade participaram quatro cuidadores de pessoas com mobilidade muito reduzida e/ou sem mobilidade. Esta atividade realizou-se de forma individual, teve a duração de aproximadamente noventa minutos e ocorreu no mês de maio. Contou com a nossa participação e da Prof. Doutra Esperança do Gago Alves. Nesta atividade, auxiliamos a colaboradora e realizamos observação direta.

Um dos objetivos consistiu em compreender se surgiram dificuldades na execução dos exercícios físicos de reabilitação, dando a oportunidade de esclarecer dúvidas e responder a questões. Outro objetivo consistiu em ensinar mais exercícios físicos de reabilitação, bem como apelar para o autocuidado do cuidador.

Inicialmente, tentamos compreender se os cuidadores e os dependentes estavam a seguir as indicações que foram dadas na atividade anteriormente descrita e se tinham alguma dúvida. Os cuidadores colocaram algumas questões e houve oportunidade de ver o dependente a realizar os exercícios, com o intuito da colaboradora compreender se o grau de dificuldade, da execução dos exercícios, estava a diminuir.

Depois, a colaboradora iniciou a apresentação de mais exercícios físicos de reabilitação, utilizando o dependente, para realizar a demonstração. Aqui, voltamos a frisar o facto do

dependente ter de auxiliar o cuidador e da importância da realização dos exercícios de reabilitação.

Posteriormente, em conjunto com a colaboradora, voltamos a abordar o tema da alimentação, tentando perceber se já tinha sido aplicada alguma mudança alimentar, voltando a abordar a importância de uma alimentação saudável, com o intuito dos dependentes perderem peso, na medida em que este é um fator importante para a sua recuperação, e um fator que facilitará as atividades realizadas pelo cuidador.

De seguida, foi abordado o tema das posturas corporais que o cuidador deve adotar. A colaboradora começou por pedir ao cuidador para simular como efetua um posicionamento, uma transferência e, em apenas dois casos, uma muda de cama com o dependente acamado. Assim, foi possível identificar onde estava a haver erros e corrigi-los, apelando sempre para que o cuidador tenha cuidado consigo próprio, protegendo o seu corpo de problemas que podem surgir sempre que a tarefa de cuidar é exercida com posturas incorretas.

Avaliação

Todos os cuidadores indicaram que a atividade respondeu totalmente às suas expectativas e que foi interessante (ver apêndice 8).

Recolheram informações importantes, no que diz respeito à mobilidade e alimentação, mas, acima de tudo, aprenderam que devem estimular a recuperação do dependente, auxiliando o cuidador na realização das suas tarefas (ver apêndice 8).

✓ Atividade IX: Guia para o cuidador

Esta atividade consistiu em construir um guia para apoiar o cuidador na sua tarefa. Este guia não se destina aos intervenientes deste projeto, por estes já obterem as informações transmitidas no guia, mas sim a cuidadores de futuros clientes do Centro Social da Paróquia de S. Victor.

Esta iniciativa foi pensada com o objetivo de deixar uma marca nossa na instituição, oferecendo-lhes algo que enriquecesse o seu trabalho e que os distinguisse de outras instituições. Como tal, passam a ter um guia para oferecer aos cuidadores.

Este guia foi estruturado e elaborado com conhecimentos adquiridos ao longo da realização e implementação do projeto.

O guia inicia com uma breve apresentação do que é ser cuidador, passando para a exibição dos seus (do guia) objetivos. Depois, retratamos, de uma forma resumida, a instituição. Seguidamente, passamos para a exposição dos cuidados a ter com a alimentação, mobilidade, bem como com os posicionamentos e as transferências. Posteriormente, apresentam-se algumas ajudas técnicas de banho e sanitários, de descanso e de mobilidade. Numa fase final sugerem-se alguns contactos importantes, para recorrer em caso de emergência (ver apêndice 9).

2.2. Atividades não realizadas

✓ Atividade X: O dia-a-dia do cuidador

Esta atividade tinha o objetivo de mostrar o dia-a-dia de um cuidador, através de fotografias. A ideia surgiu quando soubemos que um dos cuidadores, pertencente a este projeto, se dedicava à fotografia, pois sempre que vai à rua fotografa as paisagens para mostrar à esposa, que está acamada.

Conversamos com ele e propusemos-lhe um desafio. Este desafio consistia em fotografar um dia da sua vida enquanto cuidador e, posteriormente, realizarmos uma exposição fotográfica, com o intuito de mostrar, através da perspetiva de um cuidador, o dia-a-dia dos cuidadores informais de pessoas dependentes.

Inicialmente aceitou o desafio e mostrou-se muito entusiasmado. Começamos a preparar a exposição e, quando faltavam cerca de duas semanas para o dia escolhido, o cuidador disse que não iria colaborar. Argumentou que não queria expor-se, ao que respondemos que não colocaríamos as caras das pessoas que aparecessem nas fotografias. Porém, este cuidador replicou argumentando que estava com problemas de saúde, estando a passar muito tempo no hospital, e que não queria mesmo colaborar nesta atividade. Ainda tentamos convencê-lo a participar, mencionamos algumas alternativas às limitações apresentadas, mas não conseguimos o resultado desejado.

Como tal, a atividade foi cancelada, com muita pena nossa, uma vez que tínhamos a certeza que seria uma atividade que iria sensibilizar a população para a realidade inerente a esta tarefa de cuidar.

2.3. Atividades extraplano

Estas atividades não foram planificadas por nós, apenas participamos nelas.

✓ Atividade I: Do salão à Discoteca

A atividade designada por “Do salão à discoteca” contou com a organização do Banco de Voluntariado de Braga. Esta atividade aconteceu em março, teve lugar na discoteca *Populum*, situada na cidade de Braga e ocorreu ao longo de toda a tarde.

Aqui, acompanhamos dois dependentes, que estão ao cuidado de dois cuidadores pertencentes ao projeto, juntamente com três clientes do Centro Social da Paróquia de S. Victor. Contamos com o apoio de uma AAD.

Nesta atividade os participantes tiveram a oportunidade de voltar ao seu tempo de juventude e passar uma excelente tarde a dançar ao som das músicas da sua mocidade.

Todos os participantes adoraram esta atividade. Deliciaram-se com o facto de terem oportunidade de dançar, sorrir e fazer amizades. Vieram muito satisfeitos para casa e mencionam que gostavam muito de repetir esta experiência.

✓ Atividade II: Braga de portas abertas

Esta atividade foi organizada pelo grupo de jovens pertencentes à paróquia de S. Victor e foi executada no mês de maio. Aqui, acompanhamos dois dependentes, que estão ao cuidado de dois cuidadores pertencentes a este projeto, um cuidador e três clientes do centro social da Paróquia de S. Victor. Contamos com o apoio de uma AAD.

Os participantes tiveram a oportunidade de, ao longo de duas horas e meia, usufruir de uma visita guiada à igreja de S. Victor e ouvir algumas músicas tocadas no emblemático órgão da mesma igreja.

Todos os participantes gostaram da visita, mencionando que foi bom voltar a entrar naquela igreja e ouvir o som inigualável daquele órgão.

3. Evidenciação dos resultados obtidos

A avaliação é um processo de reflexão sobre a ação, que permite ver para além da perspetiva do investigador. É na fase da avaliação que se certifica se o projeto está a ter o resultado desejado. É, também, a fase que relata os resultados e o impacto que o projeto está a ter no público-alvo. Por tanto, permite-nos obter o *feedback* do público-alvo e compreender se os objetivos traçados estão a ser alcançados.

A avaliação aconteceu ao longo do processo de realização e implementação do projeto, com o intuito de realizar um projeto que vá ao encontro dos interesses, necessidades e motivações do público-alvo, bem como compreender se a sua implementação está a corresponder ao público-alvo.

Este projeto contou com uma avaliação contínua e permanente, que ocorreu em três fases, a saber, a avaliação diagnóstica, a avaliação de acompanhamento e a avaliação final. A primeira permitiu traçar objetivos, a segunda proporcionou a comprovação da concretização dos objetivos permitindo alterar, corrigir e melhorar a intervenção de forma a alcançar os objetivos. Já a terceira fase da avaliação, possibilitou constatar se, realmente, os objetivos foram atingidos e se o público-alvo gostou do projeto.

Neste tópico vamos centrar-nos na avaliação final, que contou com a implementação de um inquérito por questionário aos cuidadores (ver apêndice 11) e uma entrevista (ver apêndice 13) à acompanhante de estágio.

O inquérito por questionário pretendeu avaliar a satisfação do público-alvo, perceber qual foi a atividade que gerou mais agrado nos cuidadores, compreender se o projeto, na perspetiva destes, teve impacto nas suas vidas e, por fim, serviu para constatar se consideravam pertinente a existência de uma continuação do projeto.

De um modo geral, o projeto foi do agrado de todos os participantes. Todos manifestaram entusiasmo ao longo da implementação do projeto, mostrando serem pessoas muito participativas e interessadas, criando, em todas as atividades, um clima de fascínio pelos temas. O facto de fazerem o esforço para estarem presentes nas atividades, demonstra a dedicação e empenho atribuídos ao projeto.

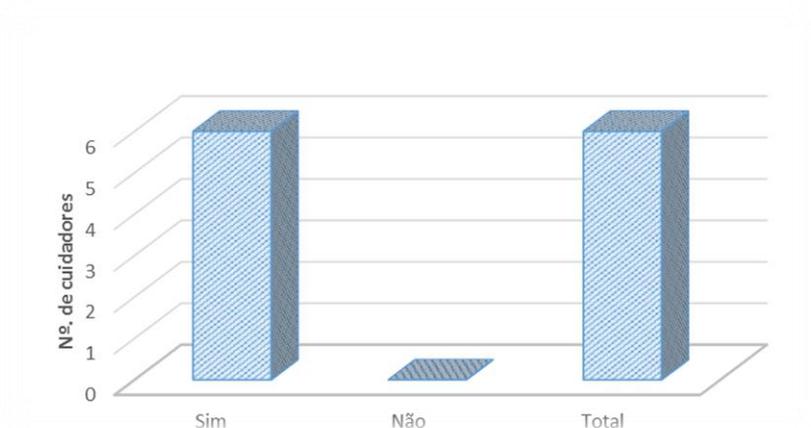
Ao longo da implementação do projeto, foi possível compreender o impacto instantâneo que as atividades estavam a ter na vida cuidadores informais de pessoas dependentes. O facto de estarem empenhados, atentos, de aplicarem os conhecimentos e os conselhos mencionados nas sessões, fez com que nos fôssemos apercebendo da importância e pertinência das

atividades. Este aspeto prolongou-se por todo o projeto, reforçando o sentido de compromisso e de interesse dos cuidadores perante a intervenção.

A partir da análise do inquérito por questionário (ver apêndice 12) foi possível evidenciar que o projeto foi importante para todos: para uns foi importante, porque distraíram e conviveram; para outros foi importante porque adquiriram conhecimentos úteis para o desempenho da tarefa de cuidar.

Todos mencionaram que se sentem mais informados acerca de como cuidar da pessoa que está a seu encargo (ver gráfico 16). Era intuito das atividades desenvolvidas informar os cuidadores sobre técnicas de posicionamentos, transferências e de banho. Similarmente, sensibilizar para aquisição de posturas corretas na execução da tarefa de cuidar, ter atenção com a alimentação e estimular o dependente para a realização de exercícios de reabilitação.

Gráfico 16 – Sente que está mais informado acerca de como cuidar?



Na mesma linha de pensamento, os cuidadores acrescentam, ainda, que o projeto teve impacto positivo nas suas vidas e que, desde que o integraram, começaram a preocupar-se mais consigo próprios e a estimular mais o dependente a ajudá-los. Este último aspeto, realça a ideia expressa por Katz (referenciado no capítulo II) quando menciona que os cuidadores devem promover a autonomia nos dependentes. Há quem ainda acrescenta que começou a dedicar-se mais à família, em especial ao marido, e que iniciou um processo de alteração alimentar. Já outro cuidador mencionou que este projeto mudou a sua vida, na medida em que se tornou numa pessoa mais tolerante e compreensivo para com o dependente. Este aspeto realça a ideia de que ajudar e dedicar tempo ao dependente é fundamental, mas não se pode descurar e esquecer de cuidar de si próprios, pois quanto melhor uma pessoa se sentir, melhor pode

contribuir para o bem-estar do outro. O ser humano é constituído por diversas dimensões, tem em si imensas capacidades, aptidões e sonhos que devem ser realizados, valorizados e desenvolvidos, porque a cima de tudo o ser humano tem a necessidade de se sentir realizado.

Apesar de referenciarem que todas as atividades foram importantes e interessantes, a análise do inquérito por questionário aos cuidadores, demonstra que a atividade “companhia” e a atividade “vamos mudar hábitos” foram as que geraram mais agrado junto do público, com dois votos em cada atividade. A atividade “escuta ativa” e “sentimentos e emoções”, contaram ambas com um voto. As restantes atividades não obtiveram votos, como podemos ver no gráfico 17.

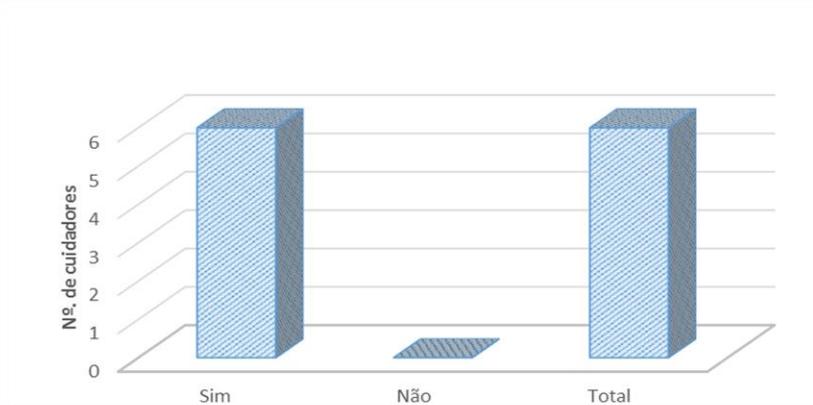
Gráfico 17 - Qual a atividade que mais gostou?



Estes resultados mostram-nos, também, que a educação de adultos não se trabalha exclusivamente em grupos. E porque todo o ser humano é diferente, contém necessidades e interesses diferentes, é também necessário trabalhar individualmente, para melhor responder às necessidades e motivações do público-alvo. A junção de atividades de grupo e individuais são uma conjugação necessária e, como vemos, produtiva. Assim sendo, educar exige adaptação, diferentes abordagens e flexibilidade.

Todos os cuidadores mencionaram que se sentiram acompanhados ao longo de todo o processo de implementação do projeto (ver gráfico 18). Isto, acima de tudo, demonstra a ligação e os afetos que se foram desenvolvendo entre nós e os cuidadores.

Gráfico 18 – Enquanto cuidador, sentiu-se acompanhado durante a realização deste projeto?



Estes resultados comprovam a importância de o educador saber acompanhar, estar atento ao público-alvo e ter um olhar desperto para os problemas sociais. É relevante que o educador saiba ouvir o outro sem preconceitos, mergulhado apenas no objetivo de compreender a mensagem que está a ser transmitida. É fundamental que o educador seja um promotor de mudanças, tendo um olhar crítico e sensível sobre a realidade social. Só assim é que o educador consegue assumir-se como um ser polivalente, que procura e propicia o desenvolvimento do ser humano, o seu bem-estar e a sua autonomia. O facto deste projeto ter como base o paradigma interpretativo-hermenêutico, permitiu conhecer bem o público-alvo, a sua realidade, acompanhar as suas rotinas e os seus hábitos, dando valor e importância ao acompanhamento regular. A postura do educador é fundamental para o sucesso de uma iniciativa.

Os cuidadores acrescentaram que o projeto deveria continuar. Uns argumentaram que este projeto é muito importante para todos os cuidadores, outros mencionam que é um projeto que faz companhia aos cuidadores. Já um outro cuidador menciona que o projeto deveria continuar, mas aplicado a outros cuidadores.

Por outro lado, com base na análise da entrevista realizada à acompanhante de estágio (ver apêndice 13), este tipo de intervenção é fundamental, na medida em que é necessário voltar o olhar para os cuidadores, ao invés da atenção estar toda direcionada para o dependente. A acompanhante também realça que as atividades desenvolvidas foram ao encontro das necessidades sentidas.

Ainda nesta entrevista, realça que trabalhar com os cuidadores de pessoas dependentes é algo que ainda não é muito desenvolvido na cidade de Braga, o que acabou por ser uma intervenção inovadora e com grande impacto nos cuidadores.

Intervir juntos dos cuidadores informais de pessoas dependentes é uma excelente forma de as atividades educativas chegarem a mais público, criando a oportunidade dos adultos se desenvolverem.

Em jeito de conclusão, a análise da avaliação de acompanhamento e a avaliação final permitiram evidenciar que as atividades foram do agrado de todos os participantes e que o projeto conseguiu cumprir com os objetivos a que se tinha proposto. Assim, assinalamos que este projeto conseguiu melhorar a qualidade de vida dos cuidadores informais, bem como facilitar as tarefas diárias do cuidador informal. O sucesso deste projeto deveu-se à postura do cuidador e às bases teóricas que este foi mergulhar. A correta seleção da metodologia, do paradigma, dos métodos e das técnicas permitiram atingir resultados positivos.

Considerações finais

1. Análise crítica dos resultados e das implicações dos mesmos

Atualmente, estamos a assistir a um envelhecimento demográfico, que está a marcar Portugal e o mundo. A velhice vem, quase sempre, acompanhada por algumas limitações que condicionam o dia-a-dia da pessoa idosa.

Se cada vez se vive mais anos e se há muitas pessoas idosas, é sinal que cada vez haverá mais pessoas dependentes. Como tal, é necessário estarmos atentos a este fenómeno e consciencializar a população para esta realidade.

Como já vimos no capítulo II, o índice de dependência de idosos está a aumentar, o que salienta o olhar atento para esta realidade. É sabido que a velhice não é a única fase da vida em que pode surgir a dependência. Infelizmente há várias crianças, jovens e adultos dependentes. Ainda assim, o índice de dependência de idosos é o que está a aumentar bruscamente nos últimos anos e afeta muitas famílias.

Assim, é necessário haver uma preocupação com os cuidadores informais de pessoas dependentes. Cuidar é uma tarefa árdua, rigorosa e com muitas implicações emocionais.

Como sabíamos que seria um projeto com pouco tempo de vida, quisemos, também, utilizá-lo como instrumento de divulgação desta realidade. Isto é, pretendemos que este projeto sirva para consciencializar a população em geral para esta realidade, bem como demonstrar a importância e a necessidade de existirem intervenções junto desta população.

Este projeto teve o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, bem como facilitar as tarefas diárias do cuidador informal de pessoas dependentes. Toda a intervenção foi guiada pelos objetivos e interesses do público-alvo. O primeiro objetivo mencionado - melhorar a qualidade de vida dos cuidadores - foi conseguido através da realização de atividades que promoveram o autocuidado, que sensibilizaram para a existência de uma preocupação consigo próprio, por meio da recuperação de atividades sociais, bem como com a implementação de estratégias para que os cuidadores lidassem melhor com os sentimentos e emoções inerentes à tarefa de cuidar de alguém dependente. Já o objetivo de facilitar as tarefas diárias do cuidador, foi conseguido através da partilha de técnicas mais simples e mais concretas, que facilitam as tarefas do cuidador. Para além desta, este objetivo foi concretizado através da sensibilização à

estimulação do dependente, com o intuito deste recuperar parte da sua autonomia, libertando o cuidador, de algumas tarefas e /ou apoiar o cuidador nalgumas das suas tarefas diárias.

Foi importante saber que os cuidadores gostavam que o projeto continuasse. Isto mostra a importância que o projeto teve na vida deles. Estes sempre demonstraram entusiasmo pelo projeto, manifestando o seu interesse e agradecimento pelas iniciativas que se foram realizando.

Tendo em conta a avaliação, quer a de acompanhamento quer a final, podemos dizer que conseguimos alcançar o sucesso pretendido com o projeto. A aposta nas sessões individuais e nas sessões de grupo teve sucesso, na medida em que as individuais, proporcionaram um conhecimento e um acompanhamento mais profundo da realidade vivida, gerando a possibilidade de uma intervenção mais direcionada aos interesses, necessidades e motivações do indivíduo isolado. Já as sessões de grupo foram eficazes para a aquisição de saberes gerais e para a troca de experiências, saberes e convívios.

Ao longo da implementação do projeto apercebemo-nos do impacto que este estava a promover na vida dos cuidadores. O facto de começarem a ir à missa, de pedirem auxílio aos dependentes na realização das suas atividades da vida diária, de incentivarem o dependente a fazer exercícios diários de reabilitação e de eles próprios, cuidadores, adotarem posturas mais corretas na execução das suas tarefas, fez com que nos apercebêssemos que, realmente, o projeto teve impacto positivo na vida destas pessoas. O próprio discurso dos cuidadores já não passava por considerar o dependente como um inválido que não consegue fazer nada e precisa que lhe faça tudo, mas sim como alguém que precisava de apoio, mas que diariamente tem que lutar para recuperar parte da sua autonomia e/ou para conseguir facilitar as tarefas do cuidador.

2. Evidenciação do impacto do projeto

2.1. A nível pessoal e profissional

Este estágio foi muito enriquecedor, tornando-se numa experiência positiva.

Foi uma experiência marcante, que jamais será esquecida. Conhecemos pessoas e profissionais que nos ensinaram muito, tanto a nível pessoal como profissional. Foi uma experiência que contou com toda a nossa dedicação e entusiasmo.

Ao longo do estágio tivemos o privilégio de conviver com os cuidadores informais de pessoas dependentes, o que permitiu crescer com eles e adquirir muitas aprendizagens. Tivemos, também, a felicidade de ouvir palavras muito dóceis, que ficarão para sempre no

coração, apercebendo-nos da cumplicidade que este projeto originou entre nós e os cuidadores. E porque o pouco se pode transformar em muito, a nossa intervenção, embora tenha decorrido num espaço de tempo curto, atingiu o ponto importante que é a construção de afetos. Construímos ligações afetivas que marcaram a nossa passagem pela vida dos cuidadores e a passagem dos cuidadores pela nossa vida.

Todas as limitações ocorridas ao longo da execução do projeto, serviram para nos colocar à prova e desafiar as nossas capacidades, transformando-nos em pessoas mais forte, desenhada e com um conhecimento mais abrangente da realidade.

Para conseguirmos realizar este estágio, foi necessário aumentar os nossos conhecimentos referentes à área da saúde, enriquecendo as nossas aprendizagens.

Trabalhar com cuidadores foi uma experiência fantástica. Trouxemos desta vivência muitas aprendizagens, grandes lições de vida e várias reflexões sobre o significado da vida.

A nível profissional foi a nossa primeira grande experiência e, como todas as primeiras experiências, deixou uma marca na nossa “partida” para o mundo profissional. Podemos afirmar que foi o estágio da vida e para a vida. Aqui, vivenciamos as verdadeiras capacidades de um educador e apercebemo-nos como este pode trabalhar inserido no mercado de trabalho.

Tivemos a oportunidade de vivenciar e conhecer dois mundos profissionais que despertam grande interesse para nós. Por um lado, o trabalho num SAD e, por outro lado, o trabalho com cuidadores informais de pessoas dependentes. Esta experiência foi a abertura de portas para o mercado de trabalho, tentando beber da experiência da realização do projeto com cuidadores informais de pessoas dependentes, mas também da experiência de trabalhar num SAD. Foi muito importante para nós termos tido a oportunidade de acompanharmos as AAD e a técnica responsável pelo SAD, nas suas funções.

2.2. A nível institucional

O impacto do projeto na instituição foi bastante positivo. Desde o início que a instituição mostrou entusiasmo e satisfação perante o projeto desenvolvido.

A acompanhante de estágio mencionou que este projeto abriu novos horizontes à instituição e considera que foi uma mais valia para o trabalho que desenvolvem com as pessoas dependentes.

Considera que é necessário voltar o olhar para quem cuida e este projeto foi o arranque para esse novo olhar.

Este projeto para além de ser o arranque desse olhar, construiu a primeira iniciativa que a instituição terá junto dos cuidadores, no sentido da sua formação a capacitação para o cuidar quotidiano. Estamos a falar do Guia para o Cuidador, que foi oferecido à instituição para esta presentear todos os cuidadores que passarão pela instituição, ajudando-os na sua tarefa.

A instituição presenteou-nos com um sentido de ajuda, fosse na concretização das atividades, cedendo-nos a sala de catequese da paróquia de S. Victor, fosse na dispensa, sempre que necessário, de auxiliares de ação direta para acompanharem os dependentes enquanto os cuidadores estavam presentes nas atividades do projeto.

Esta atitude demonstra a importância que a instituição viu no projeto e a relevância que o projeto causaria na vida dos cuidadores.

O estágio trouxe à instituição inovação, criatividade e novos olhares.

A relação que tivemos com a acompanhante de estágio e outros profissionais da instituição foi muito boa. Estiveram sempre dispostos a ajudar-nos e a acompanhar todas as fases do projeto. Foram pessoas muito acessíveis, apoiaram as nossas ideias e convicções, o que nos facilitou, tanto na construção do projeto, como na sua implementação.

2.3. A nível de conhecimento na área de especialização

O estágio é, normalmente, o primeiro contacto que o estudante tem com a prática e em que relaciona a teoria com a prática. Como tal, este segundo ano do mestrado em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária serviu para colocarmos em prática os conhecimentos teóricos adequados ao longo da formação académica.

Ao longo do primeiro ano de mestrado adquirimos conhecimentos importantíssimos para a construção deste projeto. Destacamos os métodos e técnicas de planificação, execução e avaliação de projetos de carácter educativo.

A dimensão educativa patente neste projeto foi adquirida ao longo da nossa formação académica, constituindo a base sólida da nossa intervenção, permitindo que o projeto respondesse aos interesses e necessidades do público-alvo.

Foi ao longo da formação académica que adquirimos a grande regra de conduta que deve estar presente em todos os projetos educativos. Estamos a falar do facto dos projetos serem realizados com o público-alvo e não para o público-alvo. Esta foi a máxima utilizada no nosso projeto e acreditamos que é um dos segredos para obter resultados positivos.

Em jeito de conclusão, esta experiência foi um excelente fecho deste ciclo de estudos. Daqui levamos os saberes, as experiências, as emoções e os afetos que construíram a profissional de educação, com especialização em educação de adultos e intervenção comunitária, que somos hoje.

Bibliografia referenciada

- ✓ Alcoforado, L. & Ferreira, S. M. (2011). Educação e formação de adultos: nótulas sobre a necessidade de descomprometer a Cinderela depois do beijo do príncipe encantado. In *Educação e formação de adultos*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- ✓ Ander-egg, E. (1990). *Repensando la investigación - acción participativa*. México: Editorial El Ateneo
- ✓ Andrade, M. M. F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- ✓ Arnal, J. Rincón, D. & Latorre, A. (1992). *Investigación educativa: fundamentos y metodología*. Barcelona: Editorial Labor.
- ✓ Barbier, J. (1985). *L'évaluation en formation*. Paris: Presses universitaires de France.
- ✓ Berger, L. M. (1995a). Contexto dos cuidados em gerontologia. In Berger, L. M. & Mailloux-Poirier, D. M. *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Trad. Madeira, M. A.; Silva, F. A.; Abecasis, L. & Rosa, M. C.. Lisboa: Lusodidacta, pp. 1-20.
- ✓ Berger, L. M. (1995b). Saúde e envelhecimento. In Berger, L. M. & Mailloux-Poirier, D. M. *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Trad Madeira, M. A.; Silva, F. A.; Abecasis, L. & Rosa, M. C.. Lisboa: Lusodidacta, pp. 107-122.
- ✓ Bodgan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Boff, L. (2000). *Saber cuidar: Ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes.
- ✓ Boutinet, J. P. (1996). *Antropologia do Projeto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- ✓ Brandão, A. M. (2010). *E se tu fosses um rapaz? Homo-erotismo Feminino Construção Social da Identidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- ✓ Canário, R. (1999). *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- ✓ Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- ✓ Cohen, L. & Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: Editorial Muralla.

- ✓ Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. 2.ªed. Loures: Lusociência.
- ✓ Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Paris: Lidel.
- ✓ Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- ✓ Decreto-Lei n.º 101/06 de 26 de junho. *Diário da República* nº 109 - I série. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade.
- ✓ Delors, J. (1996). *Educação um tesouro a descobrir, relatório para a Unesco da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. (2ºed.). trad. Eufrazio, J. C. . Porto: Edições ASA.
- ✓ Dias, J. R. (1979a). *A educação de adultos: introdução histórica*. Braga: Universidade do Minho.
- ✓ Dias, J. R. (1979b). *Educação de adultos: educação permanente, evolução do conceito de educação*. Braga: Universidade do Minho.
- ✓ Direção-geral da solidariedade e segurança social. (2002). *Boletim envelhecimento bibliográfico*. (nº 20). Lisboa.
- ✓ Duarte, Y. Andrade, C. & Febrão M. (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Revista Escola Enfermagem USP, nº 41(2), pp. 317-325.
- ✓ Erasmie, T. (1983). *Introdução ao trabalho de investigação e desenvolvimento em educação de adultos*. Braga: Universidade do Minho
- ✓ Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- ✓ Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.
- ✓ Francisco, C. A. D. R. (2012). *Juntos no cuidar*. Trabalho projeto, Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal.
- ✓ Freitas, C. & Freitas, L. (2003). *Aprendizagem cooperativa*. Porto: Edições ASA.
- ✓ Guerra, C. I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação*. Cascais: Principia.
- ✓ González, M. I. S. (1998). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos
- ✓ Instituto Nacional de Estatística. (2014) *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: INE.
- ✓ Katz, S., et al. (1963). Studies of illness in the aged. *Jama*. vol.185 (nº 12), pp. 914-919.

- ✓ LAGE, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. (coord.), *Envelhecer em Portugal. psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 203-229.
- ✓ LAGE, I. (2004). Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes. In Ribeiro, J. & Leal, I. (orgs.), *Atas do 5º Congresso nacional de psicologia da saúde*, 28, 29 e 30 de junho de 2004. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 749-756.
- ✓ Lemos, J. A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal.
- ✓ Lüdke, M & André, E. D. A. M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- ✓ Martin, I. (2005). O Cuidado informal no âmbito social. In Paúl, C. & Fonseca, A. (orgs.). *Envelhecer em Portugal. psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, p. 179-201.
- ✓ Mailloux-Poirier, D. M. (1995). Aspectos demográficos e epistemológicos do envelhecimento. In Berger, L. M. & *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Trad. Madeira, M. A.; Silva, F. A.; Abecasis, L. & Rosa, M. C.. Lisboa: Lusodidacta, pp. 87-106.
- ✓ Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão panorâmica da investigação - ação*. Porto: Porto Editora.
- ✓ Ministério da saúde. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: editora MS.
- ✓ Moreira, D. C. (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Instituto de ciências sociais e políticas.
- ✓ Nações Unidas. (2002). *Direitos humanos e pessoas idosas*. Trad. e ed. Centro de Informação das Nações Unidas para Portugal.
- ✓ Nogueira, A. (1996). *Para uma educação permanente à roda da vida*. Lisboa: Instituto de Novação Educacional.
- ✓ Oliveira, C. C. (2012). *Educar para a saúde, e não só para a doença: a urgência de uma mudança paradigmática*. Revista AICA, nº3, pp. 6-12.
- ✓ Pavarini I. C. S. & Neri, L. A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In Duarte, Y. A. O. & Diogo, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São paulo, rio de janeiro e belo horizonte: Atheneu, pp. 49 - 78.

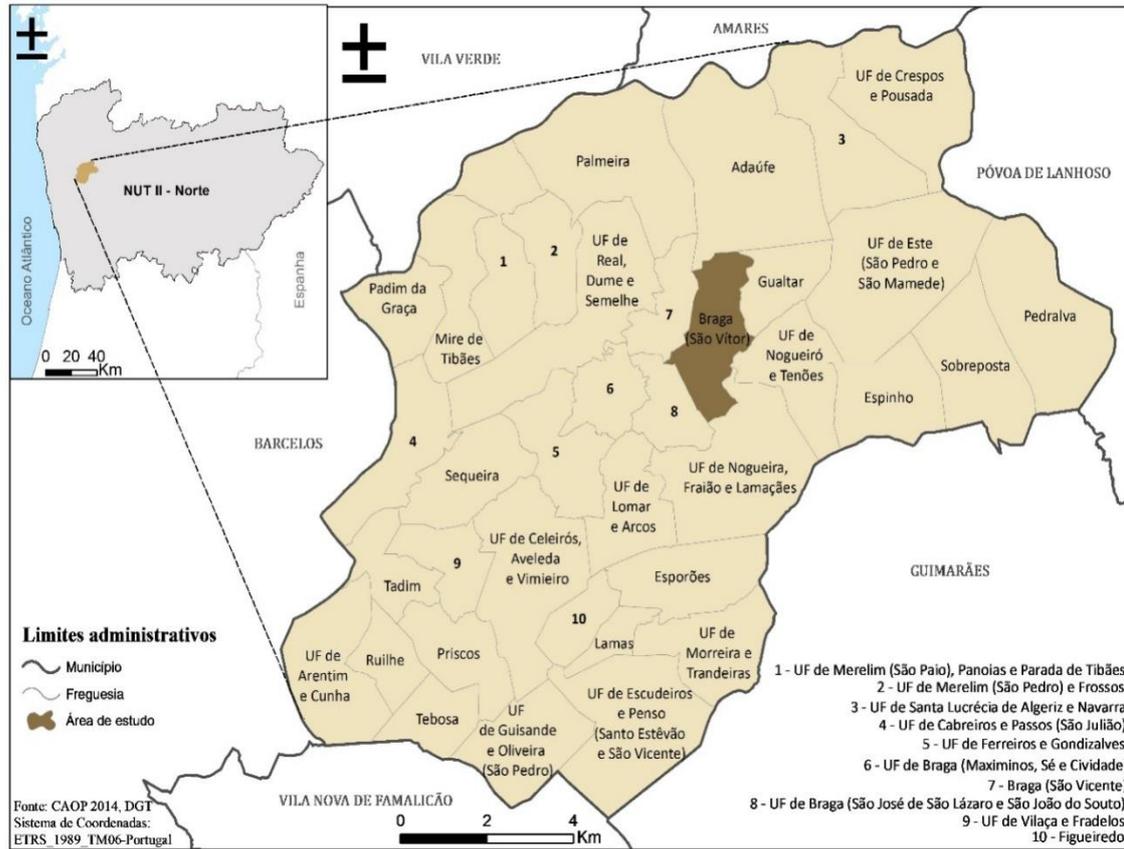
- ✓ Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amando, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. e Fonseca, A. (coord.). *Envelhecer em Portugal. psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 75 - 95.
- ✓ Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, artigo n.º 2, *Diário da República* n.º 21 - I série. Ministério da solidariedade e da segurança social.
- ✓ Quesada, R.P. (2004). *Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo*. Madrid: Diaz de Santos.
- ✓ Quintana, J. M. (1991). *Pedagogía Comunitaria: Perspectivas mundiales de educación de adultos*. Madrid: Narcea.
- ✓ Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva
- ✓ Reis, M. P. (2010). *Humanização da instituição hospitalar- contributo da prática voluntária*. Relatório de Estágio, Universidade do Minho, Instituto de Educação, Braga, Portugal.
- ✓ Robert, L. (1995). *O envelhecimento*. Lisboa: instituto Piaget.
- ✓ Sant'anna, I. (1997). *Por que avaliar? Como avaliar?* Brasil: António de Paulo
- ✓ Santos, B. (2011). Qualidade do cuidar. In Rodrigues, L. (coord.). *Cuidar-se para cuidar*. Braga: Casa da Saúde do Bom Jesus, pp. 41-78.
- ✓ Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- ✓ Unesco (1977). *Recomendação sobre o desenvolvimento da educação de adultos*. Trad. Gusmão, M. & Marques, M. Caderno N.º1. Braga.
- ✓ Unicef (1979). *Cuidados primários de saúde. Alma-alta 1978*. Brasil.

Infografia

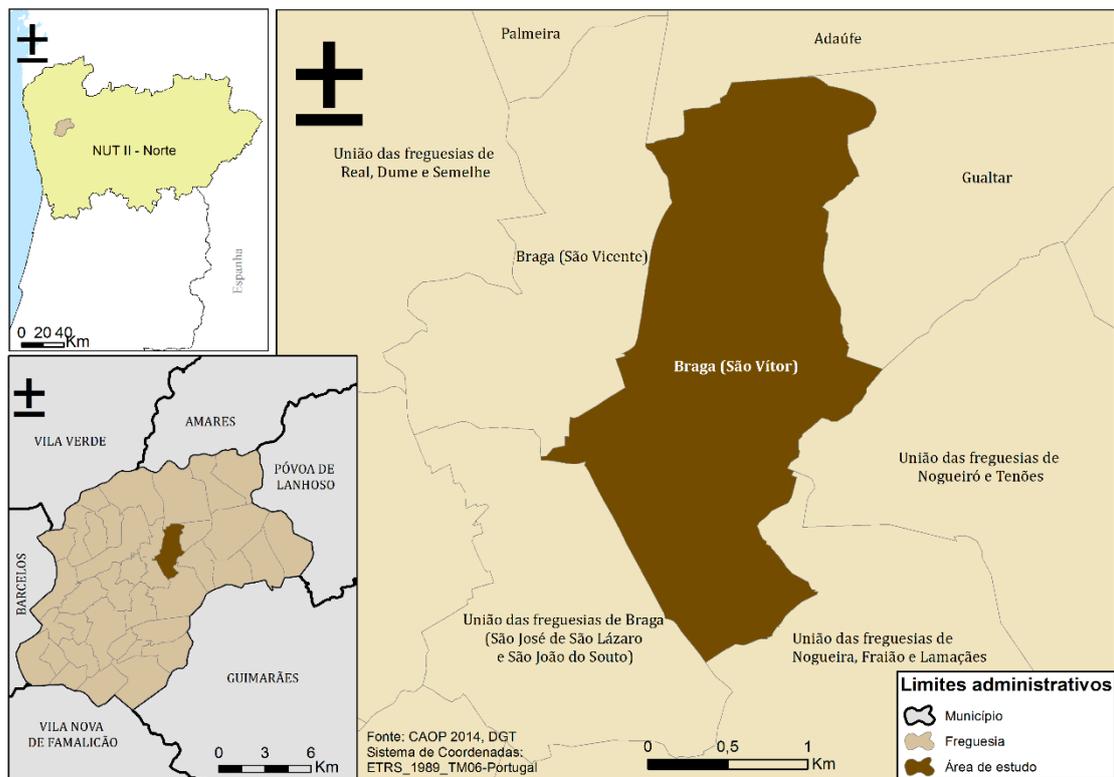
- ✓ Direção-Geral da saúde. *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Consultado em 19 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>
- ✓ GERMI. *Avaliação geriátrica*. Consultado em 20 de outubro de 2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- ✓ INE. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Consultado em 6 de outubro de 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquese&DESTAQUESdestboui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- ✓ INE. (2012). *População residente por local de residência e sexo*. Consultado em 16 de setembro de 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005889&contexto=bd&selTab=tab
- ✓ INE. (2011). *População residente por local de residência*. Consultado em 17 de setembro de 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006348&contexto=bd&selTab=tab
- ✓ INE. (2011). *População residente por local de residência, sexo, grupo etário*. Consultado em 16 de setembro de 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006348&contexto=bd&selTab=tab2
- ✓ ONU. *Envelhecimento*. Consultado em 10 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.unric.org/pt/envelhecimento>
- ✓ Organização mundial da saúde. *Demência*. Consultado em 20 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Apêndices

Apêndice 1: Mapa do concelho de Braga



Apêndice 2: Mapa da freguesia de S. Victor



Apêndice 3: Inquérito por questionário

Inquérito por Questionário

Projeto: **Cuidar de quem Cuida: uma necessidade atual**

Este questionário é destinado aos cuidadores informais de pessoas dependentes, pertencentes a este projeto.

1) Nome: _____

2) Idade: _____

3) Estado civil: _____

4) Grau de parentesco com a pessoa dependente:

Esposo/a	
Filho/a	
Genro/Nora	
Irmão/Irmã	
Mãe/Pai	
Outros	

5) Habilitações Literárias: _____

6) Qual a distância entre a residência do cuidador e a/as pessoa/as a quem presta cuidados?

Co-habitação:	
- Já vivia com a pessoa dependente;	
- A pessoa dependente mudou para a residência do cuidador;	
- O cuidador mudou para a residência do idoso	
Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício	

Na mesma rua	
Na mesma terra ou cidade	

7) A quantas pessoas presta cuidados? _____

8) Situação ocupacional do cuidador:

Está numa situação profissional ativa?

Sim	
Não	

Se não:

Deixou de trabalhar para ser cuidador	
Está desempregado/a	
É reformado/a	
Outros	

9) É o único cuidador informal? _____

10) Há quanto tempo é cuidador?

11) Alguma vez recebeu algum tipo de informação para aprender a cuidar?

Sim	
Não	

12) Que atividades presta ao dependente:

Faz companhia	
Aplica injeções	
Afere a pressão arterial e glicemia	
Faz curativos	
Ajuda no banho	
Faz posicionamentos	

Confecciona e dá as refeições	
Administra medicação	
Outros:	

13) Sente dificuldade ao executar essas atividades?

14) Porque recorreu à ajuda do serviço de apoio domiciliário?

15) Como ocupa os seus dias?

16) Prestar cuidados pode ser difícil porque:

	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso e sinto que:	
		Não me perturba	Perturba-me
Não tenho tempo suficiente para mim próprio/a			
Dedico-me tanto à outra pessoa que acabo por me esquecer de mim			
Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família			
Afasta-me do convívio social			
Não consigo estar com os meus amigos/as minhas amigas tanto quanto gostaria			
Não consigo ter férias nem fins-de-semana			
Sinto-me muitas vezes triste e em baixo			
Não consigo sair e deixá-lo/a sozinho por uns instantes			
O meu tempo é gerido em função da pessoa de quem cuido			
Por vezes a pessoa de quem cuido exige muito de mim			
A pessoa de quem cuida necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais			
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar			
Não consigo descansar			
Ando sempre muito stressado/a			
Deixa-me cansado/a fisicamente e psicologicamente			

A minha saúde ficou fragilizada			
Sinto dificuldades em executar as tarefas sozinho/a			
Traz-me dificuldades económicas			
Não recebo apoio suficiente por parte do centro de saúde e dos serviços sociais			
Não tenho os contactos dos médicos e enfermeiros que acompanham a pessoa que cuido			
As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria e necessitaria			
Por vezes sinto-me sem saber o que fazer			
Sei pouco acerca de como lidar melhor com a pessoa de quem cuido			
Sinto necessidade de estar mais informado/a acerca dos cuidados a ter com a pessoa de quem cuido			

Recolha de informação acerca da pessoa dependente

Projeto: **Cuidar de quem Cuida: uma necessidade atual**

Informações Pessoais	
Idade:	
Género:	
Estado Civil:	
Motivo da dependência:	

Avaliação das atividades da vida diária			
Higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Não necessita de ajuda	<input type="checkbox"/> Necessita de algum apoio	<input type="checkbox"/> Necessita de apoio total
Vestir	<input type="checkbox"/> Pega na roupa e veste-se sem ajuda	<input type="checkbox"/> Pega na roupa e necessita de algum apoio	<input type="checkbox"/> Não pega na roupa e necessita de apoio total
Idas à casa de banho	<input type="checkbox"/> Vai à casa de banho sem ajuda	<input type="checkbox"/> Vai à casa de banho mas com auxílio	<input type="checkbox"/> Não vai à casa de banho
Transferências	<input type="checkbox"/> Transfere-se sem apoio	<input type="checkbox"/> Transfere-se com apoio	<input type="checkbox"/> Está acamado
Continência	<input type="checkbox"/> Tem controlo sobre a urina e fezes	<input type="checkbox"/> Tem perdas de urina e fezes ocasionais	<input type="checkbox"/> Sofre de incontinência
Alimentação	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem apoio	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem apoio, exceto para desfiar carne e peixe.	<input type="checkbox"/> Recebe apoio para se alimentar ou alimenta-se por sonda

Apêndice 4: Linhas orientadoras da entrevista exploratória

Linhas orientadoras da entrevista exploratória

Projeto: **Cuidar de quem Cuida: uma necessidade atual**

- O que sentem, enquanto cuidadores;
- Como aprenderam a realizar as tarefas do cuidar.

Apêndice 5: apresentação dos resultados da entrevista exploratória

Tabela 1 – Entrevista exploratória

	Sentimentos e emoções	Tarefas do cuidador
Cuidador G	<p>“Eu sou uma pessoa muito alegre, só gosto de pensar nas coisas boas e transmito isso ao meu marido, quero que ele se agarre só às coisas boas, mas por vezes vou a baixo, choro e a situação complica-se [...]. É muito difícil ser cuidadora de uma pessoa acamada, passo aqui todos os meus dias, só saio para ir ao pingo doce e tem de ser rápido [...]. Para ser cuidador é preciso ter muita força interior, porque nós deixamos de viver a nossa vida para nos dedicarmos só a eles [...]. Às vezes revolto-me com a vida, não é fácil aceitar esta mudança, mas depois começo a pensar que já que tomou este rumo, agora é olhar sempre para a frente e tentar que ele [o dependente] melhore rápido. Eu tenho muita fé, muita mesmo e faço tudo o que está ao meu alcance para o ajudar”.</p>	<p>“Tudo o que sei aprendi sozinha e com as meninas de S. Victor [AAD do CSPSV]. O médico dá algumas dicas ao nível da alimentação e alguns cuidados de higiene [...]. Gostava muito de aprender mais, eu quero aprender, quem me dera saber mais, eu faço tudo para o bem dele [...]. Infelizmente, ninguém se preocupa em nos informar acerca de como fazer as coisas, do que é preciso fazer. Eu tive de me desenrascar. [...]. No início, foi complicado, não sabia para onde me virar, mas agora já estou habituada. Isto é um trabalho muito puxado para uma pessoa com a minha idade, ando com uma dor nas minhas costas que só eu sei as dores que tenho. [...]”</p>
Cuidador J	<p>“É muito triste ver o estado em que a minha esposa chegou. Era uma mulher tão ativa [...]. É muito complicado viver com uma pessoa</p>	<p>“Eu felizmente tenho quem me ajude a cuidar dela. Tenho uma empregada e as minhas filhas estão sempre a vir aqui ajudar no que for preciso [...]</p>

	<p>assim, nunca sabe o que quer, muitas vezes passa a semana toda a pedir-me para irmos à aldeia e chegamos lá e ela mete-se na cama [...]. Comovo-me muito quando alguém lhe pergunta quantos filhos ela tem e ela não sabe dizer [...]. É triste ver como ela já foi e agora no que ela se tornou [...]. Ela passa muito tempo sozinha em casa, porque eu não gosto de estar parado e ajudo os meus filhos durante o dia, então à noite ela está sempre muito aborrecida com o dia que teve e acabamos por nos chatearmos com frequência [...].”</p>	<p>Muitas vezes dou por mim a pensar o quanto gostava que alguém me explicasse como lidar com a minha mulher, porque esta doença não é fácil [...].”</p>
<p>Cuidador S</p>	<p>“Não é fácil lidar 24h com uma pessoa que sofre de demência [...]. Ela tira-me muitas vezes do sério, ando tão cansado psicologicamente [...]. Ela nunca diz coisa com coisa, está sempre a falar coisas sem nexos e só fala das coisas más do passado. É normal uma pessoa cansar-se com o tempo [...]. De tanto lidar com uma pessoa assim, eu estou a ficar como ela [...]. Eu sei que ela não tem culpa [...]. Sinto uma grande tristeza por ela ter esta doença, ela não merecia [...]. Sinto-me exausto psicologicamente,</p>	<p>“Tenho de andar sempre a ver o que ela anda a fazer, porque deixa sempre a água ligada, a luz ligada. Não posso deixar que ela mexa no fogão. Se não estiver atendo ela foge para a rua. É preciso estar sempre atento, não posso descansar um minuto [...].”</p>

	porque não tenho tempo para mim, para descansar [...].”	
Cuidador M	<p>“Foi muito complicado tomar a decisão de deixar o meu emprego para me dedicar exclusivamente à minha mãe, tive de colocar a minha vida de parte [...]. É difícil ver o quanto a minha mãe sofre e principalmente ver a tristeza que ela sente em não conseguir andar. O maior sonho dela é ir ao jardim e infelizmente não o consegue fazer algum tempo [...]. É difícil ser cuidador, não podemos ir a baixo, temos de estar sempre a dar motivação ao doente para que este não desista de lutar [...]. Mas nem sempre é fácil, há momentos em que eu também desanimo, a minha vida mudou muito em pouco tempo e isso afeta-me quando estou mais em baixo psicologicamente [...].”</p>	<p>“Para mim foi muito complicado iniciar as tarefas, porque nunca me tinha visto numa situação destas e ninguém me explicou como eu devia realizar as tarefas de cuidadora [...]. Inicialmente também tinha o meu pai acamado, mas infelizmente faleceu pouco tempo depois vítima de cancro. Enquanto tinha o meu pai foi muito complicado porque tinha 2 pessoas muito pesadas a meu cargo, mas depois quando fiquei com a minha mãe ficou mais fácil o papel de cuidadora, mas fui muito a baixo emocionalmente [...]. Gostava muito que me explicassem onde posso melhorar e o que mais posso fazer pela minha mãe. É sempre bom a partilha de conhecimentos, porque por vezes temos dúvidas e não temos com quem partilha-las [...].”</p>
Cuidador B	<p>“É muito complicado ver uma mãe acamada. No início, ela não se importava com nada, notava-se que ela vivia por viver, custou muito viver essa fase. Ninguém está preparado para viver uma fase destas. [...]. Atualmente tem sido mais fácil de aceitar esta realidade, porque ela</p>	<p>“Inicialmente foi muito complicado cuidar da minha mãe. Em primeiro lugar, porque tive de ir viver para casa dela juntamente com o meu marido, o que não foi fácil, pois ele não aceitava a ideia de viver em casa da minha mãe. Em segundo lugar, porque a minha mãe não me deixava</p>

	<p>está a recuperar. Todos os dias vemos melhorias e isso alegra-me muito [...]. É difícil ver que um dia fui eu que andei ao colo dela e agora é ela que anda ao meu colo, mas com fé e esperança tudo vai sendo ultrapassado e faço de tudo para que ela se sinta bem, confortável e que nada lhe falte [...].”</p>	<p>descansar de dia nem de noite, o que fazia com que eu andasse muito exausta e o meu marido também, o que provocou várias discussões entre nós. Em terceiro lugar, porque a minha mãe era muito pesada e não ajudava em nada, o que fez com que eu andasse muito cansada fisicamente. Decidi pedir ajuda a uma irmã minha e a uma cunhada e agora cuido da minha mãe 15 dias por mês [...]. Agora já é mais fácil porque já consigo ter tempo para descansar e como ela está a melhorar já começa ajudar qualquer coisinha [...]. Nunca tive ninguém que me dissesse aquilo que tenho de fazer e como tenho de o fazer. Tive de me desenrascar [...]. Gostava muito que alguém me informasse de coisas que ajudem a melhorar o estado de saúde da minha mãe[...].”</p>
<p>Cuidador P</p>	<p>“É frustrante ver a situação em que a minha esposa se encontra. Eu faço tudo o que está ao meu alcance, mas infelizmente isso não melhora o estado de saúde dela [...]. Gostava que os médicos dedicassem mais tempo ao caso da minha esposa. É que isto é como uma bola de neve, cada vez</p>	<p>“É lamentável os hospitais deixarem vir um doente acamado para casa sem explicarem como devo cuidar dela [...]. Ela é muito pesada eu tenho muitas dificuldades em realizar as tarefas sozinho [...]. Fui obrigado a pedir ajuda a uma vizinha e ao centro social da paróquia de S. Victor e foi com eles que aprendi e que fiquei a</p>

	<p>aparecem mais problemas [...]. É mesmo frustrante não poder fazer mais por ela [...]. Antigamente tinha muita liberdade, agora não. Saio de casa para ir às compras e tratar de assuntos, e por vezes vou dar uma volta, mas nunca posso demorar muito tempo.”</p>	<p>conhecer os materiais necessários para facilitar e auxiliar a minha tarefa de cuidar [...]. Gostava muito de ter mais conhecimentos para melhorar a forma como cuido da minha esposa.”</p>
--	---	---

(Fonte: Mestranda)

Apêndice 6: Guião orientador da narrativa autobiográfica

Guião orientador da narrativa autobiográfica

Projeto: **Cuidar de quem Cuida: uma necessidade atual**

Antes de ser cuidador:

- 1- Profissão.
- 2- O que gostava de fazer nos tempos livres/fins-de-semana/férias.

Enquanto cuidador:

- 1- Como é a sua vida após ser cuidador;
- 2- Se recebe algum apoio da família;
- 3- Se tem saudades de fazer alguma coisa que, devido às suas tarefas de cuidador, não consegue fazer;
- 4- O que faz nos tempos livres.

Apêndice 7: Apresentação dos resultados da narrativa autobiográfica

Tabela 2 – Narrativa autobiográfica

Antes de ser cuidador	Profissão	Tempo livre
Cuidador G	Operária fabril	“Gostava muito dos convívios e passeios que fazíamos com amigos e familiares, era tão divertido, riamos muito [...] gosto muito de conversar, sou muito conversadora.”
Cuidador J	Topógrafo	“Gostava de passear, já trabalhei pelo país fora e sempre gostei de conhecer sítios e pessoas [...] eu não gosto de estar parado, parar é morrer [...] sempre gostei de andar a pé [...] participava em muitas ações religiosas, tive muita pena de deixar.”
Cuidador S	Engenheiro eletrotécnico	“Gostava muito de viajar, já percorremos o país e a Europa, só nos falta ir a um país [...] viajamos com amigos e íamos a excursões da igreja [...] já trabalhei em muitos sítios e sempre gostei de conhecer locais novos [...]. Gostava e gosto de ler e estar no computador.”
Cuidador M	Empregada de escritório	“Estava de estar com a minha família, dava uns passeios. Tenho uma rulote no parque de campismo e ia passar os fins-de-semana lá.”
Cuidador B	Empregada de limpeza	“Estava com a minha família [...] gostava de ir à praia, há 40 anos que vou todos os anos à praia [...]. Gostava de ir à missa.”

Cuidador P	Fotógrafo e mais tarde motorista de distribuição	“Ia à praia com a minha mulher [...] passeávamos, apreciar a paisagem e fotografa-la. Era maravilhoso.”
-------------------	--	---

Após ser cuidador	Cuidar	Tempo Livre
Cuidador G	<p>“Faço tudo ao meu marido. Ele já teve 2 AVC e outros problemas, mas graças a mim e à sua força de vontade tem recuperado muito bem, já o vi muito mal [...]. Só não lhe faço mais porque não sei, mas gostava de aprender [...]. No início os filhos eram muito presentes e ajudavam a cuidar do pai, mas com o tempo afastaram-se. Ligam todos os dias, mas já só ajudam se pedir, aliás, às vezes, ainda colocam aqui os filhos deles para eu cuidar. Sabem que o pai gostava muito de passear e sabem que sozinha não consigo levá-lo, mas não ligam a convidar”.</p>	<p>“Estou sempre com ele, vou às compras quando é preciso, mas não posso demorar muito, porque ele fica logo preocupado e eu também fico preocupada com ele [...]. Tenho muitas saudades dos convívios e passeios que fazíamos, fazem-me muita falta. Até de ir à missa sinto falta, vejo na televisão e rezo todos os dias, mas ir à igreja é diferente [...]”.</p>
Cuidador J	<p>“Passo os meus dias com ela e ajudo o meu filho a fazer as cobranças [...]. Gostava que a minha esposa tivesse onde ocupar o tempo, porque está sempre em casa e sempre triste, porque não gosta da casa onde vivemos [...]. Todas as semanas vamos à aldeia, porque sei que ela gosta de lá estar</p>	<p>“Ajudo os meus filhos, vou à missa, dou as minhas voltinhas a pé e vou regularmente à minha aldeia.”</p>

	<p>[...]. É complicado viver com uma pessoa que não sabe o que quer, que confunde tudo e só se lembra do passado longínquo, não sabe quantos anos tem, quantos filhos tem [...] o que ela era e o que ela é [...]. Comove-me muito vê-la assim [...]. Tenho os meus filhos que me ajudam e preocupam-se muito com a mãe [...].”</p>	
Cuidador S	<p>“A minha vida agora é estar em casa, sempre atento ao que ela faz [...]. Quem me dera que ela estivesse ocupada o dia todo para não me chatear e estar entretida [...]. Estou cansado desta situação. É muito difícil viver com uma pessoa assim [...]. Não sabe o que diz, só fala do que aconteceu há muitos anos atrás, está a dar comigo em doido, estou a ficar pior que ela [...] tenho as minhas filhas que me ajudam, de vez em quando, mas mesmo assim é muito difícil psicologicamente.”</p>	<p>“Tempos livres tenho poucos, mas ao longo do dia vejo televisão, leio, estou no computador, cuido da minha esposa, vou ao café e vou dar uma volta, às vezes com ela, outras vezes sem ela.”</p>
Cuidador M	<p>“É complicado ter de deixar de trabalhar para vir cuidar dos meus pais, mas teve de ser. Agora, infelizmente, só tenho a minha mãe [...]. Não tenho fins-de-semana, férias, feriados, não posso tirar um</p>	<p>“Estou sempre por casa, só vou às compras, mas é sempre rápido, já não sei o que é ir às compras descansada e com tempo [...]. Antigamente ia todos os fins-de-semana para o</p>

	<p>dia para mim [...]. Tive de aprender tudo por mim, mas gostava de saber mais coisas e perceber se estou a fazer as coisas corretamente [...]. É difícil ver a minha mãe nesta situação de dependência.”</p>	<p>campismo, agora não consigo fazer isso.”</p>
Cuidador B	<p>“Já cuidei da minha mãe a tempo inteiro, mas tive de pedir a uma irmã e a uma cunhada para me ajudar a cuidar, porque já não aguentava mais. No entanto, sou a pessoa que cuida dela durante mais tempo. A minha mãe é muito pesada e é necessário fazer-lhe tudo e não estava a conseguir conciliar a família e o cuidar dela [...]. Quando tenho de cuidar dela, tenho de ir viver com ela, deixando a minha casa [...]. Agora já está mais calma e alegre, mas há pouco tempo ela não dava descanso, porque falava alto a noite toda [...]. A nível psicológico é complicado ver uma mãe sempre com olhar triste, a não querer nada, a não gostar de nada, a viver só por viver. Mas agora, graças a Deus, está melhor.”</p>	<p>“Quando é a minha vez de cuidar da minha mãe estou sempre com ela 24h por dia, só saio se for urgente ou se tiver quem fique com ela.”</p>
Cuidador P	<p>“Ser cuidador é muito complicado. é dar aquilo que tenho e aquilo que não tenho e por vezes ferveo com</p>	<p>“Desde que a minha esposa ficou acamada, passo os meus dias a cuidar dela. [...]. Estou</p>

	<p>isso, porque chateia-me quando não posso fazer mais por ela, é complicado, às vezes vou muito a baixo [...]. Tudo que sei aprendi sozinho e com os enfermeiros que vêm ao domicílio [...]. Para além das meninas do CSPSV, o único apoio que recebemos é de uma vizinha que me ajuda nalgumas tarefas, mas é preciso pagar-lhe [...]. Não tivemos filhos e a família está longe [...].”</p>	<p>sempre em casa, só saio para ir buscar o pão e se tiver algum assunto a tratar [...]. Nos dias que está bom tempo, gosto de ir dar uma volta para fotografar as coisas novas da cidade, para fotografar procissões, paisagens, para depois mostrar as fotografias à minha esposa, para ela ver o que está a acontecer na cidade [...]. Agora raramente vou a passeios, tenho de cuidar dela, não tenho quem me substitua [...]. Tenho muitas saudades que ela me acompanhe, íamos muitas vezes à praia e nunca mais fomos.”</p>
--	--	--

(Fonte: Mestranda)

Apêndice 8: inquérito por questionário da avaliação de acompanhamento

Avaliação de acompanhamento

Projeto: **Cuidar de quem Cuida: uma necessidade atual**

Este questionário é destinado aos cuidadores informais de pessoas dependentes, pertencentes a este projeto. Tem como objetivo avaliar as atividades realizadas de forma anónima.

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas? (assinale com um **X**)

- a) Superou__
- b) Respondeu totalmente__
- c) Respondeu em parte__
- d) Não respondeu__

1.1. Se assinalou a alínea c) ou d), explique quais eram as suas expectativas.

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

- a) Sim__
- b) Não__

2.1. Justifique a resposta anterior.

3. Achou a atividade interessante?

a) sim__

b) Não__

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Apêndice 9: Apresentação dos resultados do inquérito da avaliação de acompanhamento

✓ **Atividade I. Primeiros socorros**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 2

Respondeu 4

totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0

respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 6

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior.

Cuidador G : Aprendi a dar informações importantes ao 112 e a saber o que fazer caso o meu marido tenha outro AVC.

Cuidador M: Aprendi quem é a pessoa que atende as chamadas do 112 e aprendi o que é necessário fazer em caso de engasgamento.

Cuidador B: Aprendi a dar informações claras ao 112 e que se deve responder a todas as perguntas, porque todas têm a sua importância. Aprendi a agir em caso de AVC e quando a pessoa se engasga.

Cuidador J: Aprendi a identificar um AVC. Aprendi aquilo que devemos fazer até chegar a ambulância e aquilo que não devemos fazer.

Cuidador S: Aprendi várias coisas. Aprendi coisas sobre o 112, sobre o AVC e sobre como agir em caso de engasgamento.

Cuidador P: Aprendi a saber o que fazer caso a minha esposa se engasgue.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 6

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Cuidador G: Gostava de aprender como fazer as coisas sem ficar a doer a coluna.

Cuidador M: Gostava de ouvir falar sobre a alimentação. A minha mãe está bastante pesada o que está a dificultar a mobilidade dela e torna-se muito complicado para mim.

Cuidador B: Queria que falassem sobre a mobilidade. Gostava que a minha mãe começasse a dar uns passinhos.

Cuidador J: Gostava de aprender o que posso fazer mais pela minha esposa.

Cuidador S: Queria aprender a compreender melhor a doença da minha mulher.

Cuidador P: Falar sobre como posso ajudar a minha mulher a posicionar-se na cama. Ela é um pouco pesada e é uma coisa muito difícil de fazer.

✓ **Atividade II: Ser cuidador**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 0

Respondeu 6

totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0

respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 0

Não 6

2.1. Justifique a resposta anterior

Cuidador G: Não aprendi nada, mas foi bom conversar com pessoas que nos entendem.

Cuidador M: Tudo o que foi dito não é novidade para mim. Mas é sempre bom falar sobre o nosso trabalho.

Cuidador B: Aprender eu não aprendi, mas é sempre bom refletirmos sobre o nosso trabalho e ouvir outras pessoas que estão na mesma situação que nós.

Cuidador J: É sempre bom sairmos de casa para conversar com alguém e pararmos para pensar na nossa vida.

Cuidador S: Não aprendi nada de novo, mas devia haver isto mais vezes.

Cuidador P: Não respondeu

3. Achou a atividade interessante?

Sim 6

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Cuidador G: Assuntos que ensinem como cuidar do meu marido.

Cuidador M: Gostava que falassem sobre a alimentação.

Cuidador B: Como já tinha dito, gostava que ensinassem exercícios para a minha mãe fazer para ver se ela começa a dar uns passinhos.

Cuidador J: Não respondeu.

Cuidador S: Queria aprender a compreender melhor a doença da minha mulher.

Cuidador P: Coisas uteis para o nosso dia-a-dia.

✓ **Atividade III: Companhia**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 2

Respondeu 0

totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0

respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 2

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior

Cuidador J: Nesta atividade aprendi que preciso de ter tempo para mim e que a minha esposa precisa de estar com alguém que a distai-a e que compreenda a sua doença. Foi muito bom ter alguém que ficasse com a minha esposa, para eu tratar das minhas coisas sem estar preocupado com ela. E no dia em que a menina Rita vinha ela andava muito bem disposta.

Cuidador S: Aprendi que é bom ter um bocado de tempo para mim, estar um pouco sozinho.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 2

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Como já não havia oportunidade para realizar mais atividades, não responderam a este tópico.

✓ **Atividade IV: Escuta ativa**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 5

Respondeu 1

totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0

respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 6

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior.

Cuidador G: Aprendi que me faz muito bem ter alguém com quem conversar. E aprendi a pensar mais em mim, a começar a ir à missa, coisa que tinha deixado de fazer por causa do meu marido.

Cuidador M: Foi bom ter alguém que se preocupa connosco. Senti-me acompanhada. Foi bom ter incentivado a minha mãe a começar a ter força para andar.

Cuidador B: Foi muito bom ter a companhia da Ritinha. A minha mãe melhorou muito. Está outra. Faz exercício todos os dias. Já vem à rua. E para mim foi ótimo ter com quem conversar.

Cuidador J: Aprendi que faz muito bem à minha esposa ter alguém com quem conversar. Ela fica bem-disposta e assim não anda tão triste e eu ando mais contente. Gostei de conhecer a menina Rita foi muito atenciosa e ajudou me a aprender a lidar melhor com a doença da minha esposa.

Cuidador S: Gostei de ter com quem desabafar. Estou a passar uma fase complicada e ter alguém que nos aconselhe é bom. Por outro lado, também distraía a minha esposa. Fazia-nos companhia.

Cuidador P: Fez-nos companhia.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 2

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Como já não havia oportunidade para realizar mais atividades, não responderam a este tópico.

✓ **Atividade V: Cuidar de mim**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 0

Respondeu 4
totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0
respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 4

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior.

Cuidador G: Aprendi a pegar e mexer o marido sem ficar com dores nas costas.

Cuidador M: Aprendi como devo levar a minha mãe da cama para a cozinha sem estar a forçar a coluna.

Cuidador B: Aprendi que quem desce são as pernas e não a coluna. Mas isso é um erro que todos nós no dia-a-dia fazemos.

Cuidador P: Aprendi formas de levar a pessoa da cama para a cadeira, a mexer a pessoa na cama.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 4

Não 0

4. Qual assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique

Cuidador G: Não respondeu.

Cuidador M: Gostava que me explicassem o que devo fazer para as pernas da minha mãe nas incharem tanto. As pernas incham tanto que assim é impossível ela conseguir movimentar-se.

Cuidador B: Não respondeu.

Cuidador J: Podiam falar sobre a doença da minha esposa e como devo lidar com ela.

Cuidador S: Não respondeu.

Cuidador P: Não respondeu.

✓ **Atividade VI: Sentimentos e emoções**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 0

Respondeu 6

totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0

respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 6

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior.

Cuidador G: Aprendi a pensar mais em mim. A sair mais vezes de casa falar com pessoas. Não me fechar tanto.

Cuidador M: Aprendi que devia manter algumas das minhas rotinas antigas, principalmente o campismo. Tenho de dar mais atenção ao meu marido, desde que me tornei cuidadora que deixamos de ter programas a dois.

Cuidador B: Foi muito bom desabafar com alguém que nos compreende.

Cuidador J: Foi bom conversar sobre os nossos problemas e sobre a doença da minha mulher. Apreendi alguns conselhos importantes.

Cuidador S: Gostei muito de conversar. É bom haver quem nos compreenda. Estes encontros deviam ser mais frequentes.

Cuidador P: Fez-me bem vir até aqui. Gostei de desabafar, de ouvir os conselhos que me deram. Devíamos repetir.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 6

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique

Cuidador G: Exercícios para exercitar o corpo e a fala para ver se o meu marido começa a ajudar-me e se começa a falar melhor.

Cuidador M: Alimentação, porque gostava que a minha mãe emagrece-se sem passar fome, para ver se a perda de peso ajuda-a a começar a andar.

Cuidador B: Não respondeu.

Cuidador J: Não respondeu.

Cuidador S: Não respondeu.

Cuidador P: Podiam falar um pouco da alimentação e indicar alguns exercícios para a minha esposa fazer durante o dia.

✓ **Atividade VII: Vamos mudar hábitos**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 0

Respondeu 3

totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0
respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 3

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior.

Cuidador G: Aprendi muita coisa. Aprendi quais os alimentos que devo evitar dar ao meu marido. aprendi que ele não pode aumentar muito o peso, porque se não torna-se difícil para mim realizar as tarefas. Aprendi exercícios para ele fazer, para começar a ganhar força nas pernas, para ele começar a ajudar-me no banho e a pô-lo na cadeira.

Cuidador M: Aprendi a tratar das pernas da minha mãe e principalmente aprendi o porquê delas ficarem assim. Aprendi que tenho de começar a ter mais cuidado com a alimentação dela devido ao seu excesso de peso.

Cuidador B: Aprendi que a minha mãe tem de fazer exercícios com regularidade para recuperar a força nas pernas e braços.

Cuidador P: Não compareceu.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 3

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Cuidador G: Acho que já falaram do que tem mais importância.

Cuidador M: Não sei. Já falaram um pouco de tudo.

Cuidador B: Não respondeu.

Cuidador P: Não compareceu.

✓ **Atividade VIII: Que mais posso eu fazer?!**

1. Na globalidade, esta atividade respondeu às suas expectativas?

Superou 0

Respondeu 4
totalmente

Respondeu 0

em parte

Não 0
respondeu

2. Aprendeu alguma coisa nesta atividade?

Sim 4

Não 0

2.1. Justifique a resposta anterior.

Cuidador G: Aprendi mais exercícios para o meu marido fazer, aprendi como me posicionar para fazer a cama do meu marido com ele deitado, de forma a não me magoar. Aprendi também que devo estar sempre a pedir ajuda ao meu marido e que tenho de o obrigar a fazer algumas coisas, não lhe posso fazer sempre tudo.

Cuidador M: Aprendi receitas de pratos saudáveis para a minha mãe e aprendi que por muito que me custe ver a minha mãe a esforçar-se e não conseguir, tenho e a incentivar a tentar sempre, porque um dia irá conseguir. Não posso estar sempre a fazer-lhe tudo se não ela nunca irá melhorar.

Cuidador B: Aprendi que a minha mãe tem de se esforçar e que nunca devemos olhar para ela como uma coitadinha. Temos de estar sempre a incentivá-la a fazer as coisas pela mão dela.

Cuidador P: Aprendi alguns exercícios para fazer à minha esposa e informaram-me que ela precisava de acompanhamento fisioterapêutico ou de recuperação.

3. Achou a atividade interessante?

Sim 3

Não 0

4. Que assunto gostava de ver abordado nas próximas sessões? Justifique.

Como era a última atividade, não responderam a este tópico.

Apêndice 10: Guia para o cuidador





Guia elaborado por Rita Sampaio,
estagiária no Centro Social da Paróquia de S. Victor, no ano 2015,
e aluna do Mestrado em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária,
na Universidade do Minho.



“Cuidar...
esta arte que precede todas as outras,
sem a qual não seria possível existir,
está na origem de todos os conhecimentos
e na matriz de todas as culturas.”

(Collière, 2003, p.1)

Índice

Índice	4
Ser cuidador	5
Objetivo	6
Centro Social Da Paróquia de S. Victor	7
Quem somos?	8
O que é o SAD?	8
Serviços prestados pelo SAD	8
Quem presta os serviços do SAD?	9
Contactos do Centro Social da Paróquia de S. Victor	9
Cuidados a ter	10
Alimentação	11
Mobilidade	12
Posicionamentos e transferências, como fazer?	13
Ajudas técnicas	17
Algumas das ajudas técnicas de banho e sanitários	18
Algumas das ajudas Técnicas para o descanso	20
Ajudas técnicas de Mobilidade	22
Alguns dos locais onde pode adquirir material de ajuda técnica	23
Alguns contactos úteis	24
Referências Bibliográficas	26

Ser cuidador

Desde que nascemos que o ser humano é um ser que dá e recebe cuidados. Cuidar e ser cuidado está na sobrevivência do ser humano e presente nas atitudes do dia-a-dia.

Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidador informal é um elemento da família ou amigo muito próximo que se disponibiliza para prestar cuidados diários ao dependente.

Ser cuidador é estar disponível para proporcionar conforto e bem-estar ao outro, sem limitações de horários e dias da semana, é uma entrega absoluta. É uma tarefa esgotante a nível psicológico e físico, mas tudo é superado com as gratificações, o sentido de utilidade e realização pessoal.

Ser cuidador

Desde que nascemos que o ser humano é um ser que dá e recebe cuidados. Cuidar e ser cuidado está na sobrevivência do ser humano e presente nas atitudes do dia-a-dia.

Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude de preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidador informal é um elemento da família ou amigo muito próximo que se disponibiliza para prestar cuidados diários ao dependente.

Ser cuidador é estar disponível para proporcionar conforto e bem-estar ao outro, sem limitações de horários e dias da semana, é uma entrega absoluta. É uma tarefa esgotante a nível psicológico e físico, mas tudo é superado com as gratificações, o sentido de utilidade e realização pessoal.

Objetivo

Este guia foi criado com o intuito de apoiar o cuidador informal na sua tarefa.

Sabemos que muitas vezes a tarefa de cuidar, de alguém dependente, aparece sem aviso prévio e sem “livro de instruções”.

Como tal, este guia contém algumas informações que ajudam e facilitam a tarefa do cuidador.

Aqui, prestamos informações de ajudas técnicas; como fazer posicionamentos e transferências, bem como alguns conselhos para melhorar a saúde do dependente.

Centro Social Da Paróquia de S. Victor

Serviços prestados pelo SAD

A prestação deste serviço pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida, de e para quem o solicita, assegurando a satisfação das suas necessidades básicas de saúde, higiene e/ou alimentação e combatendo situações de isolamento e falta de apoio. Este serviço permite, ainda, retardar ou evitar a institucionalização do idoso e apoiar o cuidador informal, nalgumas das suas tarefas diárias.

Atualmente, a oferta de serviços disponibilizados pelo S.A.D., compreende a alimentação, higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, tratamento de roupas e vigias e acompanhamento ao exterior. Podem ainda ser assegurados outros serviços, de acordo com os interesses dos clientes e a capacidade do CSPSV, tais como a concretização de companhia e o desenvolvimento/estimulo cognitivo.

Quem presta os serviços do SAD?

Estão ao serviço do S.A.D.: 1 Directora Técnica/ Assistente Social, 5 Ajudantes de Acção Directa (AAD), 2 Cozinheiras e 1 Administrativa (comum às restantes respostas do Centro Social).

Os serviços são prestados pelas 5 Ajudantes de Acção Directa (AAD), Nídia, Olga, Rosa, Susana e Teresa. São profissionais certificadas e com vasta experiência na área, que conjuntamente trabalham para proporcionar conforto e bem-estar aos clientes.

A Directora Técnica, Dr^a Ana Filipa, está ao dispor dos clientes para os acompanhar, com o objetivo que tudo corra conforme as expectativas e interesses dos clientes.

Contactos do Centro Social da Paróquia de S. Victor

Serviços Administrativos: 253 204 628 | 931 956 420

Serviço de Apoio Domiciliário: 253 273 612 | 931 811 003 (Dr^a. Ana Filipa)

Cuidados a ter

Alimentação

A boa alimentação é um dos fatores principais para manter a saúde. Como tal, é necessário que haja preocupação em realizar refeições saudáveis.

As necessidades calóricas vão diminuindo com o passar dos anos e com a diminuição da capacidade locomotiva. As pessoas com capacidade locomotiva reduzida e os dependentes totais devem ingerir alimentos que possuam baixo teor calórico e que sejam ricos em proteínas e vitaminas.

É importante que façam várias refeições ao dia, com poucas quantidades de comida cada, e que bebam 1 litro de água por dia.

É importante que façam 3 refeições principais, pequeno-almoço, almoço e jantar, e no meio destas refeições comam alguma coisa, pouca quantidade e baixa em calorias, de 3 em 3 horas. O jantar deve ser uma refeição leve, preferencialmente só sopa.

É importante que seja reduzido o sal e o açúcar.

Nota: Isto são cuidados gerais a ter com a alimentação. Caso o dependente, tenha algum problema de saúde, que exija outros cuidados alimentares, deve contactar o seu médico para este prescrever uma dieta alimentar.

Mobilidade

A prática da atividade física pode controlar e até mesmo evitar algumas doenças. Esta, para além de combater o sedentarismo, contribui significativamente para a manutenção da aptidão física. A atividade vai melhorar a autonomia do dependente, começando a realizar atividades que há muito não realizava, tornando-se numa pessoa menos dependente.

Como vemos, a prática de exercício é uma grande ajuda para atingir alguns níveis de independência, evitando o aparecimento de doenças causadas pelo sedentarismo, tornando, ao mesmo tempo, a tarefa de cuidar menos cansativa.

A falta de mobilidade vai criar alterações respiratórias, alterações cardiovasculares, alterações nas três principais funções do sistema gastrointestinal: ingestão, digestão e eliminação; alterações urinárias; alterações metabólicas; alterações no sistema nervoso; alterações na pele e alterações músculo-esqueléticas (causando a osteoporose e outras doenças).

O tipo de exercício físico varia consoante a condição física de cada pessoa. Se estivermos a falar de um dependente total, aqui o exercício será lento, com movimentos calmos. Por exemplo: elevação dos membros, bem como abrir e fechar a mão várias vezes ao dia. Caso o dependente não consiga realizar sozinho, o cuidador pode auxiliar até este conseguir produzir sozinho. Se estivermos a falar de uma pessoa que tenha alguma autonomia, podem realizar os exercícios mencionados a cima, mas devem complementar com caminhadas, aumentando, aos poucos, o trajeto.

Um truque para compulsar o dependente a mexer-se, e para não subcarregar o cuidador, este deve ajudar o cuidador nas tarefas referentes ao seu cuidado.

O importante é que o dependente se mova com regularidade durante o dia. Nos primeiros tempos o dependente pode sentir que não é capaz de executar os exercícios, mas com o passar do tempo tudo se tornará possível e menos cansativo.

Posicionamentos e transferências, como fazer?

A tarefa de cuidar exige muito esforço físico. Como tal, é necessário ter um cuidado redobrado com a forma como o esforço é aplicado no corpo, com o intuito de não contrair lesões.

A regra principal é proteger a coluna, utilizando os membros inferiores invés da coluna. Esta tem de estar sempre em posição reta, como vemos na imagem 1.

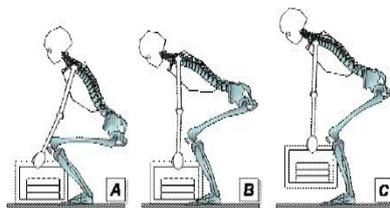


Imagem 1

Quando o cuidador está a cuidar de uma pessoa acamada, é necessário ter a preocupação de colocar o dependente em diferentes posições ao longo do dia, com o intuito de evitar o aparecimento de úlceras de pressão (escaras).

As úlceras de pressão (escaras) são feridas que ocorrem com a pressão que o corpo exerce sobre algumas zonas do mesmo. Estas feridas acontecem quando a pessoa está muito tempo na mesma posição. Na imagem 2 estão identificadas as zonas onde normalmente aparecem as úlceras de pressão. Para ajudar a evitar estas feridas deve adquirir o material apresentado na alínea das ajudas técnicas de descanso.

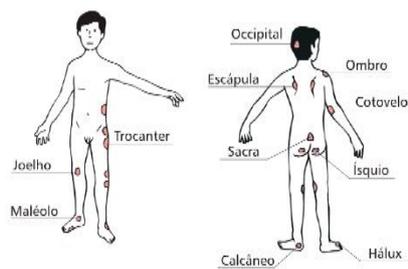


Imagem 2

Para realizar posicionamentos na cama, é necessário a ajuda de um resguardo de pano, porque assim não está a fazer pressão no corpo da pessoa cuidada. O resguardo deve ser colocado por baixo da pessoa que está deitada, na zona da cintura, ocupando parte das costas. No momento da mobilização, as pontas do resguardo devem estar dobradas (como mostra a imagem 3) e o cuidador deve agarrar o resguardo com a palma da mão virada para baixo. Aqui o cuidador deve estar posicionado no lado para onde o idoso e/ou dependente vai ser mobilizado e agarrar no resguardo no lado oposto para conseguir fazer o posicionamento de forma correta.

A utilização do resguardo também pode ser utilizada quando o cuidador quer colocar o dependente mais próximo da cabeceira da cama ou dos pés da cama.



Imagem 3

As transferências devem ser realizadas tendo em atenção o posicionamento do cuidador. É importante que o cuidador adote uma postura correta para este não sofrer nenhuma lesão na coluna.

Quando o dependente tem pouca mobilidade o cuidador terá a sua tarefa mais dificultada, no entanto, deve sempre apelar para que o idoso e/ou dependente ajude o cuidador. Quando o cuidador tem a seu cuidado uma pessoa dependente que o consegue ajudar nas transferências, o cuidador deve garantir a segurança do dependente, estando sempre na sua retaguarda.

Aqui, vamos dar o exemplo de como realizar uma transferência da cama para a cadeira de rodas.

1º- Colocar a cadeira de rodas junto à cama, não esquecer de travar, e colocar um tapete antiderrapante na zona onde o dependente vai colocar os pés, quando estiver sentado na cama;

2º- O dependente, na cama, deve fletir os joelhos, como nos mostra a fotografia nº1 da imagem 4;

3º- De seguida, o cuidador deve virar o dependente para o lado da saída, como nos mostra a fotografia 2 da imagem 4. Este movimento pode ser auxiliado pelo resguardo.

4º- Posteriormente, o cuidador deve colocar a sua mão no ombro que está deitado no colchão e outra mão nas pernas, para realizar o movimento que permitirá ao dependente ficar sentado, como nos mostra a figura 3,4 e 5 da imagem 4.

5º- Depois de já estar sentado na cama, o cuidador agarra o dependente na zona das axilas e simultaneamente flete as pernas, para impedir que o dependente escorregue, protegendo, ao mesmo tempo, a sua coluna. Com isto, o cuidador ganha impulso e levanta o dependente sentando-o na cadeira, como nos mostra a figura 6, 7 e 8 da imagem 4.

Para efetuar a transferência da cadeira para a cama realiza-se o procedimento pela ordem inversa do descrito para a transferência da cama para a cadeira.



Imagem 4

Após a pessoa estar sentada na cadeira, é necessário posicioná-la corretamente. Para realizar este movimento, o cuidador deve colocar-se na parte de trás da cadeira. Aí coloca os seus braços debaixo dos braços do dependente, juntando as suas mãos no peito do mesmo, flete ligeiramente as pernas e faz o movimento ascendente, para colocar o idoso e /ou dependente de forma correta na cadeira (ver imagem 5).



Imagem 5

Ajudas técnicas

Algumas das ajudas técnicas de banho e sanitários

Cadeira sanitária:

Esta ajuda técnica é utilizada quando a pessoa não consegue deslocar-se à casa de banho. É considerada uma sanita portátil. Pode ser comprada com ou sem rodas.



Elevadores de assento e Sanita:

Deve ser utilizado quando a pessoa não consegue, ou tem dificuldade em, baixar-se para sentar na sanita. Como tal, esta ajuda técnica serve para elevar o assento sanitário, permitindo uma fácil utilização dos sanitários comuns.



Suportes de Casa de banho:

Utilizado para segurança e estabilidade do idoso e /ou dependente, durante o banho e na utilização dos sanitários, permitindo criar equilíbrio.



Barras de apoio



Suporte de apoio para sanita

Degrau de ajuda para entrar na Banheira:



Tapete antiderrapante:

Esta ajuda técnica deve ser colocada dentro e fora da banheira ou duche, tendo como objetivo evitar quedas durante e após o banho.



Fora da banheira/duche



Dentro da banheira/duche

Cadeira de banho:

Deve ser utilizado quando a pessoa não consegue entrar na banheira/ poliban, facilitando a sua entrada, proporcionando conforto e segurança durante o banho.



Cadeira de banheira giratória



Banco e Cadeira de Poliban

Lavatório de cabeças:

É utilizado quando o banho é dado na cama.



Algumas das ajudas Técnicas para o descanso

Cama articulada:

As camas articuladas têm o intuito de promover conforto ao utilizador, auxiliando todas as pessoas com mobilidade reduzida. Estas são uma ferramenta muito útil para os cuidadores, pois conseguem realizar posicionamentos e transferência de forma correta, confortável e eficaz.



Guardas deslizantes:

Esta ajuda técnica deve ser utilizada para garantir a segurança do idoso e /ou dependente.



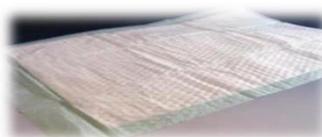
Colchão anti-escaras:

O colchão anti-escaras de pressão é um equipamento útil para pessoas, que permanecem um longo período de tempo deitados. A sua função é evitar a formação de escaras por pressão, visto que o seu sistema facilita o fluxo sanguíneo, sendo constituído por pequenos alvéolos de ar que se enchem e esvaziam de forma alternada e por zonas.



Resguardos:

Os resguardos servem para proteger o lençol e o colchão de quem sofre de incontinência ou utiliza fralda. Quando este produto é em tecido, pode, também, ser utilizado para ajudar na realização de posicionamentos.



Almofadas anti-escaras:

Estas almofadas permitem conforto e bem-estar ao idoso e /ou dependente, evitando a criação de escaras por pressão.



Almofada anti-escaras gel

Almofada anti-escaras de células
pneumáticas telescópicas ajustáveis

Almofada anti-escaras
Silicone

Ajudas técnicas de Mobilidade

Cadeira de rodas:

Esta ajuda técnica permite a deslocação de pessoas, com dificuldades de locomoção, de forma confortável.



Cadeira manual



Cadeira elétrica

Bengalas, Canadianas e Andarilhos:

Permite maior estabilidade e equilíbrio às pessoas com dificuldades moderadas de locomoção.



Bengala



Andarilho



Canadianas

Alguns dos locais onde pode adquirir material de ajuda técnica

- **Bramédica – Material Cirúrgico e Hospitalar**

Rua Costa Soares 5, Braga

4700-001 BRAGA

Tlf: 253 607 280

- **Apoio total Ortopedia LDA.**

Av. Central, N° 68/72 Braga

4715-037 BRAGA

Tlf: 253 251 385

- **Ortopedia Internacional**

Rua de S. Vítor, N°43

4710-439 Braga Portugal

Tlf: 253 216 421

Tlm: 91 174 22 29

- **Só Saúde**

Avenida João XXI, n° 733

4715-035 Braga

Tlf: 253 617 176

Alguns contactos úteis

Número Nacional de Emergência	112
Hospital de Braga	253 027 000
Bombeiros Voluntários	253 200 430
Ambubraga (transporte de doentes)	253 257 257 964 115 115
Cruz Vermelha	253 208 872
Proteção Civil	253 201 350
Farmácia Marques	253 262 258
Farmácia Oliveira	253 695 151
Farmácia Cristal	253 262 321
Farmácia Central	253 262 755
Farmácia Pimentel	253 257 421
Braga Táxis	253 253 253
Linha saúde 24	808 24 24 24
Linha do Cidadão Idoso	800 20 35 31
Linha de Apoio à Vitima	707 20 00 77
Loja do Cidadão	253 205 798
Agere	253 205 000
PSP	253 200 420
GNR	253 203 030

"Cuidar...
É comunicar vida;
É desenvolver o que permite viver;
É compensar o que coloca obstáculo à vida;
É acompanhar as grandes passagens da vida [...]."
(Collière, 2003, p.439)

25

Referências Bibliográficas

- Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Legislação consultada

- Portaria n 38/2013 de 30 de janeiro. *Diário da República* N° 21- I série. Ministério da solidariedade e da segurança social.

26

Apêndice 11: Inquérito por questionário da avaliação final

Avaliação Final do Projeto

Projeto: **Cuidar de quem cuida: uma necessidade atual**

Este questionário é destinado aos cuidadores informais de pessoas dependentes, pertencentes a este projeto. Tem como objetivo avaliar a satisfação dos cuidadores informais de pessoas dependentes, pertencentes ao projeto “Cuidar de quem cuida: uma necessidade atual”, de forma anónima.

1. Considera que a realização deste projeto foi importante para si? Porquê?

2. Sente que está mais informado acerca de como cuidar? (assinale com um X)

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Enquanto cuidador, o que mudou na sua vida com este projeto?

4. Qual a atividade que mais gostou?

5. Enquanto cuidador, sentiu-se acompanhado durante a realização deste projeto?
(assinale com um X)

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Considera que este projeto devia continuar? Porquê?

Apêndice 12: Apresentação dos resultados da avaliação final

1. Considera que a realização deste projeto foi importante para si? Porquê?

G. Foi. Aprendi coisas novas e aprendi a fazer de forma mais correta aquilo que já sabia.

M. Sim, aprendi coisas novas e fez com que me lembrasse de outras coisas.

B. Sim, aprendi muitas coisas. Gostei muito deste projeto.

J. Sim, foi bom para nos informarmos de coisas uteis e foi importante ter me dado espaço para me dedicar a mim.

S. Sim, porque a minha esposa distraiu e eu também, o que fez com que andássemos mais alegres.

P. Sim, tive pena de não colaborar mais.

2. Sente que está mais informado acerca de como cuidar? (assinale com um X)

Sim 6

Não 0

3. Enquanto cuidador, o que mudou na sua vida com este projeto?

G. Comecei a preocupar-me mais comigo, não estar tanto tempo em casa. Comecei a estimular o meu marido para me começar ajudar.

M. Comecei a ter mais cuidado com a alimentação da minha mãe. comecei a estimular a minha mãe para fazer os exercícios e para me auxiliar. Comecei também a dar mais atenção ao resto da família.

B. Comecei a incentivar a minha mãe a fazer exercícios e a tornar-se mais autónoma, não estando sempre a fazer-lhe tudo. Assim tenho mais tempo para as minhas coisas e ela está a tornar-se mais autónoma e está a sentir-se útil.

J. Tornei-me mais compreensivo.

S. Tornei-me mais tolerante. Tento compreende-la.

P. Este projeto fez com que melhorasse a forma como cuido. Fez com que começasse olhar mais para mim, a preocupar-me também comigo próprio.

4. Qual das atividades realizadas gostou mais?

G. Gostei de todas. Mas a que me foi mais útil foi a que vieram cá a casa explicar-me o que podia fazer mais pelo meu marido e pela minha saúde também. (atividade 7 : “Vamos mudar hábitos”)

M. Gostei muito da atividade em que vieram cá a casa explicar-me como devo tratar da perna da minha mãe e explicar-lhe exercícios para ela fazer. (atividade 7: “ Vamos mudar hábitos”

B. Gostei de todas, mas gostei muito da Ritinha vir cá a casa todas as semanas. Foi bom ter com quem conversar, ter alguém que nos compreenda e nos ajude a ultrapassar as coisas menos boas. (atividade 4 : “ escuta ativa”)

J. Adorei a atividade em que a menina Ritinha vinha buscar a minha mulher para dar um passeio, enquanto eu podia tratar das minhas coisas. (atividade 3: “Companhia”)

S. Gostei muito da atividade em que a menina Rita ficava com a minha esposa para eu poder ir dar uma volta, descansar a cabeça. (atividade 3 : “ Companhia”

P. Gostei, da atividade onde falamos sobre os sentimentos e as emoções. (atividade 5: “ Sentimentos e emoções”)

5. Enquanto cuidador, sentiu-se acompanhado durante a realização deste projeto?
(assinale com um X)

Sim 6

Não 0

6. Considera que este projeto devia continuar? Porquê?

G. Sim, é um projeto muito importante para quem cuida.

M. Sim, mas aplicado a outros cuidadores.

B. Sim, tenho tanta pena que já tenha acabado. Foi um projeto muito importante para mim.

J. Sim. Tenho pena que já tenha acabado. Vou sentir muita falta.

S. Sim, é um projeto muito útil. Este projeto olhou para nós de uma forma diferente.

P. Sim. Faz bem participar nestas coisas, saímos de casa e aprendemos muitas coisas.

Apêndice 13: Entrevista à acompanhante de estágio

Entrevista final à acompanhante de estágio

Projeto: **Cuidar de quem cuida: uma necessidade atual**

1. Qual a sua opinião sobre as atividades implementadas neste projeto?

As atividades desenvolvidas foram ao encontro das necessidades sentidas pelos cuidadores (quer formais quer informais) o que se verificou serem uma mais-valia para o trabalho que desenvolvem com as pessoas dependentes.

2. Achou importante o desenvolvimento deste tipo de intervenções junto dos cuidadores?

É fundamental desenvolver este tipo de intervenções com os cuidadores. Temos que voltar o nosso olhar também para quem cuida. Durante muitos anos trabalhamos em prol de melhorar as condições de vida das pessoas dependentes e/ou mais debilitadas esquecendo que quem cuida tem sobre si uma carga de trabalho muito grande. Logo é de todo importante nos debruçarmos sobre projetos e intervenções que vão de encontro às necessidades do cuidador.

3. Qual a sua apreciação relativamente ao desempenho da estagiária, no decorrer do estágio?

A Rita foi uma estagiária muito empenhada. Acreditou sempre no quanto era importante trabalhar esta problemática. Trabalhar com cuidadores também não é fácil. Estes pouco ou nenhum tempo têm, mas a Rita foi persistente, audaz e conseguiu desenvolver o seu projeto.

4. Considera que o projeto implementado teve impacto na instituição?

O projeto implementado já tinha sido sentido pela instituição como uma necessidade. Com o trabalho da Rita conseguimos ter a certeza que em termos de trabalho temos que caminhar no sentido de apoiar os cuidadores. A Rita abriu as portas para a Instituição abraçar um novo projeto.

5. De um modo geral, como avalia o projeto?

Trabalhar com os cuidadores de pessoas dependentes é algum que ainda não é muito desenvolvido. Cá em Braga acabou por ser uma intervenção inovadora e com grande impacto nas famílias. Neste sentido a avaliação que eu faço deste projeto é bastante positiva tendo trazido algo de novo e importante.

Anexos

Anexo I – Declaração da instituição



Declaração

O Centro Social da Paróquia de S. Victor representado pela diretora, Dr.ª Ana Filipa Mota, sedado na Rua S. Domingos, nº 4, Braga, declara para os devidos efeitos que, no âmbito do estágio académico realizado pela Rita Catarina Ribeiro Sampaio, na especialidade de Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, do Mestrado em Educação, da Universidade do Minho, autoriza a mesma a identificar no seu relatório de Estágio o nome da instituição, salvaguardando a privacidade e confidencialidade dos participantes.

Braga, 26 de abril de 2016

A Diretora

A handwritten signature in blue ink, reading "Ana Filipa Mota", written over a horizontal line.

(Dr.ª Ana Filipa Mota)